وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان غذا و دارو

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

۱- مشخصات بیمار: کد ملی:
نام و نام خانوادگی:
تاریخ تولد:
سن: وزن:
جنس: ☐ مذکر ☐ مونث ☐ باردار
محل سکونت:
تلفن:

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /
٤- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟

۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:

٦- سابقه بیمار: (آلرژی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی و اعتیاد ...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ دارو قطع نشده است
۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجددا ظاهر شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ دارو مجددا مصرف نگردید

۹- سرانجام عارضه دارویی: ☐ بهبودی ☐ عدم بهبودی ☐ نقص عضو ☐ مرگ ☐ سایر موارد:
۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۱- یافته های دارویی پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

توضیحات:

* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده موثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)

نیاز به الصاق تمبر نمی باشد

پست جواب قبول

طی قراردادی با منطقه ۱۷ پستی پرداخت گردیده است

طرف قرارداد : سازمان غذا و دارو

تهران–صندوق پستی: ۴۶۶–۱۷۷۷۵

تلفن: ۶۱۹۲۷۱۴۴–۶۶۱۷۶۹۳۴

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبانید)

مشخصات گزارشگر: □ پزشک □ داروساز □ پرستار □ متخصص □ سایر مشاغل.....

نام و نام خانوادگی گزارشگر: نام مرکز درمانی:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان.....شهرستان.....روستا.....خیابان.....کوچه.....پلاک.....

...

تاریخ...../...../.....امضاء یا مهر گزارشگر: