

الاستخدام المكتبي الداخلي:		
الرقم المرجعي المحلي:	رقم الشركة:	تاريخ الاستلام:

نوع التقرير: (يُرجى وضع علامة V)	
تلقائي	بالطلب
رقم البروتوكول: _____	العنوان: _____
_____	_____
_____	_____

معلومات المريض:

الأحرف الأولى:	تاريخ الميلاد:	العمر عند ظهور أعراض المرض:	الوحدات: الأعوام\الأيام\الساعات\الأشهر\الدقائق\العقود	الفئة العمرية:	الجنس:
----------------	----------------	-----------------------------	--	----------------	--------

بيانات معد التقرير:

الاسم:	المهنة: - مستهلك - أخصائي رعاية صحية - غير ذلك (يُرجى التحديد):
المؤسسة:	رقم الهاتف:
العنوان:	الفاكس:
المدينة\البلد:	البريد الإلكتروني:

معلومات المنتج:

اسم العلامة التجارية:	المادة الفعالة:	طرق إعطاء الدواء:
الجرعة:	دواعي الاستعمال:	
تاريخ البدء:	تاريخ التوقف:	الإجراءات المتخذة:

الأحداث الضائرة وأو الحالات الخاصة (مع وجود أو بدون أحداث ضائرة):

وصف الحدث الضائر:	
تاريخ البدء: _____	تاريخ التوقف: _____
تاريخ البدء: _____	تاريخ التوقف: _____
تاريخ البدء: _____/_____/_____	تاريخ التوقف: _____/_____/_____
تاريخ البدء: _____/_____/_____	تاريخ التوقف: _____/_____/_____
هل أدى الحدث إلى دخول المريض إلى المستشفى للمعالجة؟ نعم - لا - غير معروف	هل أدى الحدث إلى الوفاة؟ نعم - لا - غير معروف
هل كان الحدث يعتبر ذا أهمية طبية؟ نعم - لا - غير معروف	هل كان الحدث مهدداً للحياة؟ نعم - لا - غير معروف
هل أدى الحدث إلى إعاقة\عجز مستمر أو بالغ الخطورة؟ نعم - لا - غير معروف	هل أدى الحدث إلى حدوث شذوذ خلقي؟ نعم - لا - غير معروف

1 يُرجى الرجوع إلى وحدة ممارسات السلامة الدوائية الجيدة للاتحاد الأوروبي 6.ب.6 حالات خاصة للتعريف

النتيجة:

الشفاء مع وجود مضاعفات:		الشفاء:	
غير معروف:		عدم الشفاء:	
تاريخ الوفاة: ____ / ____ / ____	سبب الوفاة: _____	تاريخ الوفاة: ____ / ____ / ____	الوفاة:
تشریح الجثة: نعم - لا - غير معروف			

أدوية أخرى مشتبه بها:

الاسم	الجرعة معدل التكرار	طريقة الإعطاء: ____	دواعي الاستعمال:	تاريخ البدء: ____ / ____ / ____	تاريخ التوقف: ____ / ____ / ____
الاسم	الجرعة معدل التكرار	طريقة الإعطاء: ____	دواعي الاستعمال:	تاريخ البدء: ____ / ____ / ____	تاريخ التوقف: ____ / ____ / ____
الاسم	الجرعة معدل التكرار	طريقة الإعطاء: ____	دواعي الاستعمال:	تاريخ البدء: ____ / ____ / ____	تاريخ التوقف: ____ / ____ / ____

أدوية تُستخدم بالتزامن:

الاسم	الجرعة معدل التكرار	طريقة الإعطاء: ____	تاريخ البدء: ____ / ____ / ____	تاريخ التوقف: ____ / ____ / ____
الاسم	الجرعة معدل التكرار	طريقة الإعطاء: ____	تاريخ البدء: ____ / ____ / ____	تاريخ التوقف: ____ / ____ / ____
الاسم	الجرعة معدل التكرار	طريقة الإعطاء: ____	تاريخ البدء: ____ / ____ / ____	تاريخ التوقف: ____ / ____ / ____
الاسم	الجرعة معدل التكرار	طريقة الإعطاء: ____	تاريخ البدء: ____ / ____ / ____	تاريخ التوقف: ____ / ____ / ____

التاريخ الطبي:

--

وصف الحدث: (بما في ذلك النتائج المخبرية ذات الصلة)

--

التوقيع:

اسم معد التقرير:	التوقيع:	التاريخ:
------------------	----------	----------