

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Bitte zurücksenden an die axicorp GmbH, Marie-Curie-Str. 11, 61381 Friedrichsdorf
Tel. 0800-2940100 / FAX 0800-2946100 oder per E-Mail an: service@axicorp.de

Pat. Initialen (Nach-/Vorname)	Geb.-datum o. Alter	Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	Größe (cm)	Gewicht (kg)	<input type="checkbox"/> Schwanger <input type="checkbox"/> Stillzeit	Schwangerschaftswoche
Arzneimittel (Charge, Verfall, Darreichungsform, PZN)		Dosierung / Applikation	Einnahme von / bis	Indikation (wegen)	Therapieabbruch nach UAW	Besserung nach Therapieabbruch
1					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Arzneimittel mit UAW-Meldung - Nr.:			Früher gegeben: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		Vertragen: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	
Beobachtete unerwünschte Wirkungen			Aufgetreten von/bis (Dauer)	Ausgang der UAW 1 = wiederhergestellt 2 = Besserung 3 = nicht wiederhergestellt 4 = bleibender Schaden 5 = Exitus / 6 = unbekannt	Einstufung der UAW*	
*1 = Tödlich, 2 = Lebensbedrohlich, 3 = Behinderung / Invalidität, 4 = angeborene Missbildung / Geburtsfehler, 5 = stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, 6 = stationärer Krankenhausaufenthalt verlängert, 7 = bedeutsames medizinisches Ereignis, 8 = Die UAW lässt sich in keine der o.g. Einstufungen einordnen.						
Grund- bzw. Begleiterkrankungen				Beginn / Ende	Andauernd:	
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Besonderheiten <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Allergien, Details: <input type="checkbox"/> Sonstiges, Details:						
<input type="checkbox"/> Nikotin 						
Verlauf/Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung (Laborparameter/Diagnostik etc.):						
Beurteilung des kausalen Zusammenhangs:			<input type="checkbox"/> Gesichert	<input type="checkbox"/> Wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> Möglich	
			<input type="checkbox"/> Unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> Kein Zusammenhang	<input type="checkbox"/> Nicht zu beurteilen	
Qualifikation des Meldenden:			<input type="checkbox"/> Apotheker	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Kein Gesundheitsexperte	
Name des Meldenden (ggf. Stempel): Straße: PLZ / Ort: Tel.: Fax:				Wer wurde informiert: <input type="checkbox"/> BfArM/PEI <input type="checkbox"/> AMK/AKDÄ <input type="checkbox"/> Hersteller: <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Datum, Unterschrift:						