

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان غذا و دارو

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

<p>۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:</p>	<p>۱- مشخصات بیمار</p> <p>کد ملی:</p> <p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>تاریخ تولد:</p> <p>سن:</p> <p>وزن:</p> <p>جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/></p> <p>محل سکونت:</p> <p>تلفن:</p>
---	---

<p>۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:</p>	<p>۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: ..... / ..... / .....</p> <p>۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟</p>
--	--

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

<p>۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو کاهش یافته است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دارو قطع نشده است</p>	<p>۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دارو قطع نشده است</p>	
---	--	--

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- داروهای 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 قدر دارویی، میزان ماده موثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)

# پست جواب قبول

نیاز به الصاق تمبر نمی باشد

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:  پرستار  داروساز  پزشک  متخصص  سایر مشاغل

نام مرکز درمانی:

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

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

تاریخ ..... / ..... / ..... امضا یا مهر گزارشگر: