

## فرم ثبت موقت گزارش عوارض ناخواسته داروها (ADR)

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

مشخصات بیمار:

کد ملی بیمار:

نام و نام خانوادگی:

سن: وزن:

جنس: ☐ مذکر ☐ مونث ☐ باردار

محل سکونت:

شماره تلفن:

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

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /

۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟

۶- 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 مجدداً ظاهر شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ دارو مجدداً 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 ...)

## سازمان غذا و دارو

دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده های سلامت محور  
گروه ثبت و بررسی ایمنی و عوارض ناخواسته فرآورده های سلامت محور

تلفن : ۶۶۱۷۶۹۳۴-۶۱۹۲۷۱۴۴

توجه:

۱. این فرم بدون ثبت در سامانه گزارش عوارض و اشتباهات دارویی فاقد اعتبار است.
۲. این فرم به منظور ثبت موقت گزارش عوارض و اشتباه دارویی طراحی شده است.
۳. ثبت و ارسال اطلاعات این فرم در سامانه گزارش عوارض و اشتباهات دارویی به نشانی [adr.ttac.ir](http://adr.ttac.ir) در اسرع وقت الزامی است.
۴. پس از ثبت همه اطلاعات این فرم در سامانه فوق، از ارسال فیزیکی فرم، خودداری فرمائید.

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

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

نام مرکز درمانی / دارویی:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

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

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