



C.N. Unifarm S.A.  
Tel.: +4021.319.28.81  
Fax: +4021.319.28.89

C.N. "UNIFARM" S.A.

Această fișă nu este o simplă hârtie. Aceasta ar putea salva vieți.  
Vă rugăm completați spațiul din chenar cu informații cât mai complete

FIȘĂ PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE

Confidențial

Inițiale pacient/

Nr. F.O./Reg. cons.: Sex: Vârstă: Data nașterii: Data apariției reacției: Durata:

Bifați caracteristica adecvată  
dacă este cazul:

<p>Descrierea reacției adverse suspectate:</p>	<p>Reacția adversă a determinat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Decesul pacientului</li><li><input type="checkbox"/> Punerea în pericol a vieții pacientului</li><li><input type="checkbox"/> Spitalizarea/Prelungirea spitalizării</li><li><input type="checkbox"/> Handicap/incapacitate importante sau durabile</li><li><input type="checkbox"/> Anomalie/malformație congenitală</li></ul>
--	--

Medicamentul(ele) suspectat(e) (inclusiv vaccinuri) (denumire comercială, producător):

	Doza zilnică:	Calea de administrare:
	Lot (pt. vaccin): Seria (pt. medicament):	
	Data începerii administrării:	Data opririi administrării:

Pentru ce a/au fost indicat/indicate medicamentul/medicamentele suspectat/suspectate:

--

Alte medicamente (și automedicație): Doza zilnică: Cale de adm.: De la /Până la : Pentru ce a fost indicat:


Tratamentul reacției adverse:

--

Recuperare după reacția adversă? Completă :

Da	Nu	Da	Nu	Comentați:
----	----	----	----	------------

Sechele:

Da	Nu	Comentați:
----	----	------------

S-a întrerupt administrarea medicamentului suspectat?

Cum a evoluat reacția adversă suspectată ?

Da	Nu	S-a redus doza?	Comentați:
----	----	-----------------	------------

Reluarea administrării medicamentului suspectat:

Da	Nu	Comentați:
----	----	------------

Alte comentarii (antecedente relevante, alergii, dacă pacientul a mai utilizat în antecedente medicamentul suspectat):

--

Completat de:.....

Specialitatea:.....

Telefon:.....

Data:.....

Semnătura și parafa:.....

Adresa unității sanitare:.....

.....

.....

.....