

RAPPORTFORMULAR TIL FORMODEDE BIVIRKNINGER – Pharma Nord

1. PATIENTINFORMATION

NAVN (e.l. INITIALER)	FØDSELSDATO (e.l. ALDER)	KØN	LAND	KONTAKT INFORMATION

2. BIVIRKNINGSINFORMATION

DATO(ER) FOR BIVIRKNING(ER)	BESKRIV BIVIRKNING(ERNE) (alle relevante detaljer om symptomer, undersøgelser, osv.)	VÆLG
		<input type="checkbox"/> INGEN LÆGELIG BEHANDLING <input type="checkbox"/> INDLÆGGELSE e.l. FORLÆNGELSE AF INDLÆGGELSE <input type="checkbox"/> ALVORLIG e.l. VEDVARENDE INVALIDITET <input type="checkbox"/> LIVSTRUENDE <input type="checkbox"/> DØDSFALD

3. INFORMATION OM DET FORMODEDE PRODUKT

FORMODEDE PRODUKT(ER) (batch nummer)	DAGLIG DOSIS	ÅRSAG TIL ANVENDELSE	ANVENDELSESDATO(ER) (start, stop, genstart, osv.)

FORSVANDT BIVIRKNINGEN EFTER AT ANVENDELSE AF PRODUKTET OPHØRTE?	KOM BIVIRKNINGEN IGEN EFTER AT BRUGEN AF PRODUKTET BLEV GENSTARTET?
<input type="checkbox"/> JA – hvis ja, efter hvor lang tids brug: <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> PRODUKTET BRUGES STADIG	<input type="checkbox"/> JA – hvis ja, hvor hurtigt efter: <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> PRODUKTET ER IKKE ANVENDT IGEN

4. ANDEN SAMTIDIG MEDICIN OG MEDICINSK HISTORIE

ANDEN ANVENDT MEDICIN, NATURMEDICIN & KOSTTILSKUD (årsag til anvendelse, dosis, dato af anvendelse)	RELEVANT MEDICINSK HISTORIE (sygdom, operation, allergi, osv.)

5. GENEREL INFORMATION

DATO PÅ DENNE RAPPORT	KILDE TIL RAPPORTEN	NAVN & ADRESSE PÅ PERSONEN SOM INDGIVER RAPPORTEN TIL PHARMA NORD
	<input type="checkbox"/> LÆGE/SYGEPLEJERSKE <input type="checkbox"/> PATIENT <input type="checkbox"/> LITTERATUR <input type="checkbox"/> KLINISK FORSØG <input type="checkbox"/> ANDET – Specificer:	
RAPPORT TYPE <input type="checkbox"/> FØRSTE e.l. <input type="checkbox"/> OPFØLGNING		