

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR) (da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di Farmacovigilanza della struttura sanitaria)					Inviare il modulo a:  Servizio Assistenza Farmaceutica	
1. INIZIALI PAZIENTE Cognome: _____ Nome: _____	2. ETA'	3. SESSO ☐ M ☐ F	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE	
6. DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI*				7. GRAVITA' DELLA REAZIONE:		
* Se il segnalatore è un medico 8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti				☐ GRAVE ☐ DECESSO ☐ OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPEDALIZZ. ☐ INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE ☐ HA MESSO IN PERICOLO LA VITA ☐ ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT DEL NEONATO		
				☐ NON GRAVE		
10. AZIONI INTRAPRESE: specificare				9. ESITO:		
In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19				☐ dovuto alla reazione avversa ☐ il farmaco può avere contribuito ☐ non dovuta al farmaco ☐ causa sconosciuta ☐ NON DISPONIBILE		
INFORMAZIONI SUL FARMACO						
11. FARMACO(I) SOSPETTO (I) nome della specialità medicinale*						
A) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____		
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE : _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____				
B) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____		
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE : _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____				
C) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____		
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE : _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____				
* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione						
16. IL FARMACO E. STATO SOSPESO?		A): ☐ sì / ☐ no		B): ☐ sì / ☐ no		C): ☐ sì / ☐ no
17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?		A): ☐ sì / ☐ no		B): ☐ sì / ☐ no		C): ☐ sì / ☐ no
18. IL FARMACO E. STATO RIPRESO?		A): ☐ sì / ☐ no		B): ☐ sì / ☐ no		C): ☐ sì / ☐ no
19. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?		A): ☐ sì / ☐ no		B): ☐ sì / ☐ no		C): ☐ sì / ☐ no
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO:						
A:						
B:						
C:						
21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO						
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):						
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)						
INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE						
24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE				25. DATI DEL SEGNALATORE		
☐ MEDICO DI MEDICINA GENERALE		☐ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA		NOME E COGNOME:		
☐ MEDICO OSPEDALIERO		☐ FARMACISTA		INDIRIZZO:		
☐ SPECIALISTA		☐ ALTRO		TEL E FAX:		E-MAIL:
26. DATA DI COMPILAZIONE:				27. FIRMA DEL SEGNALATORE:		
28. CODICE ASL				29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA		