

**BERICHT ÜBER UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNGEN** (auch Verdachtsfälle)

Bitte zurücksenden an:

CARINOPHARM GmbH, Bahnhofstraße 18, 31008 Elze

PV-Fax: +49(0)321 21 403 555 | ams@carinopharm.de

**CARINOPHARM** GmbH

Cardiologie, Intensiv-, Notfallmedizin

**1. Patientendaten**

Interne Nr.: (wird von C rinopharm ausgefüllt)	Patienten Initialen		Geburtsdatum □□□□□□	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Größe/cm □□□	Gewicht/kg □□□	Schwangerschaftswoche:
	Vorname <input type="checkbox"/>	Name <input type="checkbox"/>					

**2. Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)**

Beobachtete unerwünschte Wirkungen

aufgetreten am:

Dauer:

**3. Angewendete/s Präparat/e**

Arzneimittel / Darreichungsform	Tagesdosis	Applikation	gegeben von / bis	wegen (Indikation)
1. Ch.-B.:				
2. Ch.-B.:				
3. Ch.-B.:				
4. Ch.-B.:				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4

dieses früher gegeben ja  nein

vertragen ja  nein

ggf. Reexposition neg.  pos.

Grunderkrankung:

Begleiterkrankungen:

**4. Relevante Vorgeschichte und Kommentare**

Anamn. Besonderheiten:

Nikotin  Alkohol  Kontrazeptiva  Schrittmacher

Implantate  Strahlentherapie  physikal. Therapie  Diät

Allergien  Stoffwechseldefekte  Arzneimittelabusus  Sonstige

weitere Erläuterungen:

Veränderung von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung: (ggf. Befund beifügen)

Verlauf der Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Stationäre Behandlung

ja  nein 

Lebensbedrohend

ja  nein Besserung nach Therapieabbruch ja  nein  keine Angabe Verschlechterung nach erneuter Gabe ja  nein  keine Angabe 

Ausgang der unerwünschten

wiederhergestellt bleibender Schaden noch nicht wiederhergestellt 

Arzneimittelwirkung:

unbekannt Exitus Sektion ja  Nein  (ggf. Befund beifügen)

Todesursache:

Beurteilung des Kausalzusammenhanges:

gesichert wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich unbeurteilt nicht zu beurteilen 

Weitere Bemerkungen:

(ggf. Anlage verwenden)

a) beh. Arzt  
b) Hersteller  
c) Arzneim.Kom.

Wer wurde zusätzlich informiert:

BfArM PEI Hersteller AMK-Apotheker AMK-Ärzte Sonstige 

Name, Anschrift, Tel. Meldender (Stempel)

Arzt   
Apotheker   
Behörde   
Sonstige   
Klinik 

Hersteller:

Datum: