

ADVERS REAKSİYON
BİLDİRİM FORMU
TÜRKİYE FARMAKOVİJİLANS MERKEZİ

A. HASTAYA AİT BİLGİLER						2. Ciddiyet Kriteri										
1. Hastanın Adı ve Soyadının Baş Harfleri:		2. Doğum Tarihi:			2a. Yaş:	3. Cinsiyet ☐ Kadın ☐ Erkek	4. Boy: _____ cm	5. Ağırlık: _____ kg	Ciddi ☐ Ciddi olmayan ☐							
		Gün	Ay	Yıl					Ciddi ise aşağıdaki seçeneklerden uygun olanı işaretleyiniz: ☐ Ölüm							
									<table><tr><td>Gün</td><td>Ay</td><td>Yıl</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Gün	Ay	Yıl			
Gün	Ay	Yıl														
B. ADVERS REAKSİYONLAR (LER)																
1. Advers Reaksiyonu Tanımlayınız				Başlangıç Tarihi (Gün / Ay / Yıl)	Bitiş Tarihi (Gün/Ay/Yıl)	Sonuç										
						☐ İyileşti/Düzeltilti ☐ İyileşiyor/Düzeliyor ☐ Sekel Bırakarak İyileşti /Düzeltilti ☐ Devam Ediyor ☐ Ölümle sonuçlandı ☐ Bilinmiyor ☐ Diğer _____										
3. Laboratuvar Bulguları (Tarihleriyle birlikte - Gün / Ay / Yıl)																
4. İlgili Tıbbi Öykü / Eş Zamanlı Hastalıklar: (Örneğin: Allerji, gebelik, sigara ve alkol kullanımı, hepatik/renal yetmezlik, diyabet, hipertansiyon...v.b) Konjenital anomaliler için gebelikte annenin aldığı tüm ilaçlar ve maruz kaldığı hastalıklar ile birlikte son menstruasyon tarihini de belirtiniz. (Gün / Ay / Yıl)																
C. KULLANILAN TIBBİ ÜRÜN(LER)																
1. Şüpheli Edilen İlaçın Adı:	2. Veriliş Yolu:	3. Günlük Doz:	4. İlaça Başlama Tarihi(gün/ay/yıl)	5. İlaçın Kesildiği Tarih(gün/ay/yıl)	6. Endikasyon:	7. İlaç kesildi mi?	8. İlaç kesilince veya doz azaltılınca advers reaksiyon azaldı mı?	9. İlaç Yeniden Verildi mi?	10. İlaç Yeniden Verilince Advers Reaksiyon Tekrarladı mı?							
			İlaça Devam Ediliyorsa DEVAM Yazınız, Bilinmiyorsa Kullanım Süresini Veriniz.			☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor							
						☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor							
						☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor							
11. Eş Zamanlı Kullanılan İlaç(lar): (Oluşan Advers Reaksiyonun Tedavisi için Kullanılanlar Hariç)																
						12. Diğer Gözlemler ve Yorum:(Kullanılan Beşeri Tıbbi Ürünün Kalitesi ile İlgili Bir Sorundan Şüpheli Ediliyor ise, Lütfen Şüpheli Edilen Ürünün Seri Numarası ve Son Kullanma Tarihi ile Birlikte Bu Sorunu Belirtiniz.)										
13. Advers Reaksiyonun Tedavisi:(tedavi için kullanılan ilaçlar ve kullanım tarih (gün/ay/yıl) leriyle birlikte)																
D. BİLDİRİM YAPAN KİŞİYE AİT BİLGİLER																
1. Adı, Soyadı :		2. Meslek :		3. Tel. No:		E. RUHSAT/İZİN SAHİBİNE AİT BİLGİLER (Yalnızca ruhsat/izin sahibi tarafından yapılan bildirimlerde doldurulacaktır):		1a. İletişim Bilgileri:								
						1. Ruhsat/izin Sahibinin Adı :		Tel: Faks:								
4. Adresi :		5. Faks :		6. E-posta:		2. Ürün Güvenliği Sorumlusunun Adı ve Soyadı:		Adres:								
								2a. Tel: Faks: E-posta.								
7. İmza :		8. Rapor firmaya da bildirildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor		2b. Adresi:		2c. İmzası:										
9. Rapor Tarihi:		10. Rapor tipi: ☐ İlk ☐ Takip		3. Ruhsat/İzin Sahibinin rapor numarası:												
		Kayıt no:		4. 4.Ruhsat/İzin Sahibinin İlk Haberdar Olma Tarihi:												
				5.Raporun TUFAM'a bildirilme Tarihi:												
				6. Rapor tipi: ☐ İlk ☐ Takip												