

Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)

N° _____

Pat. Initialen _____ Vorname Name	Geburtsdatum _____ Tag Monat Jahr	Geschlecht _____ Weibl. Männl.	Gewicht _____ kg	Beginn der UAW _____ Tag Monat Jahr	Dauer der UAW _____
---	---	--------------------------------------	------------------------	---	------------------------

Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung (Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf):

Latenzzeit der UAW*

* Zeit zwischen Gabe und UAW (bitte bei Impfreaktionen in Stunden angeben)

Fortsetzung s. Rückseite

Relevante Untersuchungsergebnisse (z.B. Labor, Histologie):

Allfällige Therapie der UAW:

Folgen der vermuteten UAW

<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> bleibende Schädigung oder Behinderung
<input type="checkbox"/> lebensbedrohend	<input type="checkbox"/> Hospitalisation verlängert	<input type="checkbox"/> vorübergehend schwer beeinträchtigt / medizinisch wichtig
<input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt	<input type="checkbox"/> noch nicht erholt	<input type="checkbox"/> anderes:

Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch

Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe

ja nein anderes:

von:
 ja nein anderes:

Verdächtige Arzneimittel

Markenname	Lot-Nr. (Biologika, z.B. Impfstoffe)	Tagesdosis	Applik. weg	gegeben von*	bis**	Indikation
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre)

** Datum oder Dauer, wenn weitergegeben: WEITER

Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren

Schwangerschaft (letzte Periode am:) Allergien: Rauchen:

Alkohol: Nierenleiden: Kreatinin:

Leberleiden (Virusserologien): anderes:

Weitere Bemerkungen bitte auf der Rückseite anbringen

bitte wenden ->

Bitte senden Sie die Meldung in verschlossenem Briefumschlag an das regionale Pharmacovigilance-Zentrum.
Das Formular kann auch an eine andere der unten aufgeführten Stellen geschickt werden.

Bei Versand mit Telefax bitte Rückseite nicht vergessen!

Absender oder Stempel:

Name	_____	Telefon	_____
Adresse	_____	Fax	_____
	_____	e-mail	_____

Weitere Bemerkungen (Beurteilung/Kommentar):

Regionale Pharmacovigilance-Zentren

Basel	Bern	Genf
Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Abteilung Klin. Pharmakologie u. Toxikologie Kantonsspital und Universitätskliniken Petersgraben 4 4031 Basel Tel. 061 265 88 68/62 · Fax 061 265 88 64 vigilance@uhbs.ch www.unibas.ch/kpharm	Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Institut für Klinische Pharmakologie Universität Bern Murtenstrasse 35 3010 Bern Tel. 031 632 31 91 · Fax 031 632 49 97 vigilance@ikp.unibe.ch www.ikp.unibe.ch/mid	Centre d'information thérapeutique et Centre régional de pharmacovigilance Service de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpital Cantonal Universitaire 1211 Genève 14 Tel. 022 382 99 36/32 · Fax 022 382 99 40 medvig@hcuge.ch www.pharmacoclin.ch
Lausanne	Lugano	
Service d'informations thérapeutiques, Centre régional de pharmacovigilance et Swiss Teratogen Information Service STIS Division de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpital de Beaumont 6 ^{ème} étage 1011 Lausanne CHUV Tel. 021 314 41 89 · Fax 021 314 42 66 vigil@chuv.hospvd.ch www.hospvd.ch/chuv/pcl/	Centro regionale di farmacovigilanza Ospedale Regionale Lugano Sede Civico Via Tesserete 46 6903 Lugano Tel. 091 811 67 50 · Fax 091 811 67 51 farmacovigilanza@bluewin.ch www.ikp.unibe.ch/farmacovigilanza	
Zürich		
Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Abteilung Klinische Pharmakologie und Toxikologie Universitätsspital 8091 Zürich Tel. 01 255 27 70 · Fax 01 255 44 11 medi.info@dim.usz.ch www.unizh.ch/dim/pharma	Medikamenteninformationsdienst / Pharmacovigilance Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum Freiestr. 16, Postfach 8028 Zürich Tel. 01 634 10 36 · Fax 01 252 88 33 medi.info@dim.usz.ch www.toxi.ch	

Dringende Meldungen und Information über Produktmängel:
telefonisch oder per Fax erbeten an Tel. 031 322 03 52; Fax 031 322 04 18

Swissmedic · Pharmacovigilance-Zentrum · Erlachstrasse 8 · 3000 Bern 9 · vigilance@swissmedic.ch · www.swissmedic.ch

Toxikologische Notfälle: direkt das Tox-Zentrum anfragen (Tel. 01 251 51 51)

Datum:

Unterschrift: