**رقم النموذج: نموذج الإبلاغ عن الآثار العكسية للأدوية**

1. **بيانات المريض:**

**الأسم/الحروف الأولي:...................................................... السن/الفئة العمرية:................... النوع:  ذكر أنثي الحمل:  نعم  لا  غير مؤهل الوزن (كجم):..............**

1. **الأدوية المشتبه بها:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رقم التشغيلة** | **تاريخ وقف التعاطي** | **تاريخ بدء التعاطي** | **طريقة التعاطي** | **الجرعة** | **يستخدم لعلاج** | **التركيز** | **أسم المستحضر**  **(التجاري و العلمي)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **الأدوية الأخري المتناولة أذكر الأدوية الأخري المتناولة حاليا و المتناولة قبل ظهور الآثار العكسية بشهر:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ وقف التعاطي** | **تاريخ بدء التعاطي** | **طريقة التعاطي** | **الجرعة** | **يستخدم لعلاج** | **التركيز** | **إسم المستحضر**  **(التجاري و العلمي)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **الآثار العكسية المشتبه بها:**

**وصف الآثر العكسي:..................................................................................................................................................................................................................................**

**تاريخ بدء الآثر العكسي:................................ تاريخ توقف الآثر العكسي:.................................. هل توقف الآثر بعد وقف تعاطي المستحضر:  نعم  لا  لا أعرف**

**هل ظهر الآثر بعد إعادة تعاطي المستحضر:  نعم  لا  لا أعرف  لم يتم إعادة التعاطي**

**هل كان الآثر العكسي خطيرا (وفقا لأسباب الخطورة المذكورة أدناه):  نعم  لا  لا أعرف**

**إذا كانت الإجابة بنعم حدد سبب أو أكثر:**

**تسبب في الوفاة  مهدد ااحياة  تسبب في دخول المريض المستشفي**

**تسبب في إطالة مدة البقاء في المستشفيي  تسبب في عيوب خلقية للأجنة  تسبب في إعاقة أو تلف دائم  تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم**

**أخري (حدد):..................................................................................................................................................................................................................................................**

1. **التاريخ الطبي:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..........…………………………............**

1. **بيانات المبلغ: 7. بيانات المندوب**

**التخصص:.............................................................. الإسم:................................................................**

**الموبايل/الهاتف:...................................................... الوظيفة:.............................................................**

**البريد الإلكتروني:.................................................... الهاتف/الموبايل:...................................................**

**العنوان:................................................................ البريد الإلكتروني:..................................................**

**التوقيع:................................................................ التوقيع:...............................................................**

**تاريخ إبلاغ مندوب شركة صاني:................................ التاريخ:...............................................................**

**تستطيع الإبلاغ عن الآثار العكسية بشكل تطوعي مباشرة لنا علي** [**sunnymedical@gmail.com**](mailto:sunnymedical@gmail.com) **، الإبلاغ عن الآثار العكسية أمر هام و حيوي لتحقيق الإستخدام الأمن للدواء.**

**جميع المعلومات الوارة في هذا التقرير سرية و تحمي هوية المريض و المُبَلِغ**