**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**

[x]  **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** **، 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**