

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

۱- مشخصات بیمار: کد ملی:
نام و نام خانوادگی:
تاریخ تولد:
سن:
وزن:
جنس: ☐ مذکر ☐ مونث ☐ باردار
محل سکونت:
تلفن:

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:

۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /
۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟

۶- سابقه بیمار: (آلرژی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی و اعتیاد ...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ ☐ بلی ☐ خیر
۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر
☐ دارو قطع نشده است ☐ دارو مجدداً مصرف نگردید

۹- سرانجام عارضه دارویی: ☐ بهبودی ☐ عدم بهبودی ☐ نقص عضو ☐ مرگ ☐ سایر موارد:
۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۱- یافته های دارویی پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

توضیحات:

* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده مؤثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)



پست جواب قبول

طی قراردادی با منطقه ۱۷ پستی پرداخت گردیده است



طرف قرارداد: سازمان غذا و دارو
تهران - صندوق پستی: ۴۶۶-۱۷۷۷۵
تلفن: ۶۶۱۷۶۹۳۴-۶۱۹۲۷۱۴۴

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبانید)

مشخصات گزارشگر: ☐ پزشک ☐ داروساز ☐ پرستار ☐ متخصص ☐ سایر مشاغل.....
نام و نام خانوادگی گزارشگر:
شماره نظام پزشکی:
تلفن تماس:
آدرس کامل پستی گزارشگر:
استان.....شهرستان.....روستا.....خیابان.....کوچه.....پلاک.....
....
تاریخ...../...../.....امضاء یا مهر گزارشگر: