

Date received:
By:

نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية

بيانات المريض الذي تعرض للعرض الجانبي			
اسم المريض:	تاريخ الميلاد:	العمر:	
جنس المريض: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الطول:	الوزن:	

العرض الجانبي الذي تعرض له المريض
تاريخ بدء ظهور العرض الجانبي:

معلومات الدواء	
اسم الدواء (العلمي والتجاري)	رقم التشغيل
كيف حصلت على الدواء؟	من الصيدلية بوصفة طبية <input type="checkbox"/> من محلات أخرى غير الصيدلية, حدد: <input type="checkbox"/>
اسم وعنوان المنشأة التي تم صرف الدواء منها:	
شكل الدواء:	أقراص (حبوب) <input type="checkbox"/> كبسولات <input type="checkbox"/> شراب <input type="checkbox"/> حقن <input type="checkbox"/> دهان/ كريم للجلد <input type="checkbox"/> مرهم للعين-الأذن <input type="checkbox"/> قطرة للعين-الأذن <input type="checkbox"/> تحاميل <input type="checkbox"/> بخاخ <input type="checkbox"/> لاصقات <input type="checkbox"/> غير ذلك, حدد <input type="checkbox"/>

تقييم مدى خطورة حالة المريض	
خطيرة <input type="checkbox"/> (تحدد الحالة خطيرة في الحالات الموضحة أدناه) <input type="checkbox"/> غير خطيرة <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>	
إذا كانت الحالة خطيرة برجاء اختيار أي مما يلي:	
مميته، تاريخ الوفاة: <input type="checkbox"/>	تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم <input type="checkbox"/>
تطلب الدخول إلى المستشفى <input type="checkbox"/>	أطال مدة البقاء في المستشفى <input type="checkbox"/>
تسبب في عيوب خلقية للأجنة <input type="checkbox"/>	مهدد للحياة <input type="checkbox"/>
	أخرى، حدد <input type="checkbox"/>
سبب إعاقة دائمة <input type="checkbox"/>	

مدى ارتباط الدواء المذكور بالعرض الجانبي	
مرتبط <input type="checkbox"/> غير مرتبط <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>	
هل زال العرض الجانبي؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	التاريخ:
حالة المريض حالياً	تعافى بشكل كامل، التاريخ: <input type="checkbox"/> لم يتحسن <input type="checkbox"/> في طور التحسن <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>

بيانات معد التقرير		
الاسم:	الهاتف المحمول:	العنوان:
صلة القرابة بالمريض:	البريد الإلكتروني:	التاريخ:

