

بسمه تعالی

اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه  
فرم گزارش عوارض ناخواسته داروها (ADR)

تاریخ:

شماره:

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:	۱- مشخصات بیمار: نام و نام خانوادگی: سن: وزن: جنس: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> باردار تلفن:																								
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، بیماری های فعلی، اعتیاد...):																									
۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دارو قطع نشده است ۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دارو مجدداً مصرف نگردیده																									
۹- سرانجام عارضه دارویی: <input type="checkbox"/> بهبودی <input type="checkbox"/> عدم بهبودی <input type="checkbox"/> نقص عضو <input type="checkbox"/> مرگ <input type="checkbox"/> سایر موارد ۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																									
۱۱- یافته های پاراکلینیک مرتبط با عارضه مشاهده شده:																									
۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>نام دارو</th> <th>شکل و قدرت دارویی*</th> <th>مقدار مصرف روزانه</th> <th>راه مصرف</th> <th>مورد مصرف</th> <th>تاریخ شروع مصرف</th> <th>تاریخ پایان مصرف</th> <th>کارخانه سازنده و شماره سری ساخت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		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																
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:																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>نام دارو</th> <th>شکل و قدرت دارویی*</th> <th>مقدار مصرف روزانه</th> <th>راه مصرف</th> <th>مورد مصرف</th> <th>تاریخ شروع مصرف</th> <th>تاریخ پایان مصرف</th> <th>کارخانه سازنده و شماره سری ساخت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		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																
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 قرارداد ۲۱/۱۴۱۵۴ هزینه پست پرداخت گردیده است

طرف قرارداد : معاونت غذا و دارو

تهران - صندوق پستی ۹۴۸-۱۴۱۸۵

تلفن : ۴-۸۸۹۲۳۱۹۳ نمابر : ۸۸۸۹۰۸۵۷

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

مشخصات گزارش گر:  پزشک  دارو ساز  پرستار  متخصص  سایر مشاغل .....

نام و نام خانوادگی گزارش گر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان ..... شهرستان ..... روستا ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک .....

تاریخ ... / ... / ... امضاء یا مهر گزارشگر: