فرم ثبت موقت گزارش عوارض ناخواسته داروها (ADR)

۱- مشخصات بیمار:
کد ملی بیمار:
نام و نام خانوادگی:
سن: وزن:
جنس: □ مذکر □ مونث □ باردار
محل سکونت:
شماره تلفن:

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

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

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

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

۷-آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ □ بلی □ خیر □ دارو قطع نشده است
۸-آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجددا ظاهر شده است؟ □ بلی □ خیر □ دارو مجددا مصرف نکردید

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 موثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)

مشخصات گزارشگر:
نام و نام خانوادگی:

□ پزشک □ داروساز □ پرستار □ بیمار □ همراه بیمار □ سایر:

شماره تلفن:
توضیحات: