

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden an:

pharmacovigilance@ohre-pharma.com

Eingangsdatum:	Aufgenommen von:	Firmeninterne Fallnummer:
----------------	------------------	---------------------------

Verdächtigtes Arzneimittel (AM): 	Chargen-Nr.: 	gegeben für Indikation:
	Verfallsdatum: 	am (Datum):

Darr.form (z. B. Tabletten)	Stärke (z. B. in mg)	Tagesdosis (z. B. in mg)	Applikation (z. B. oral)	Verabreichungs- häufigkeit	Therapie- beginn (Datum)	Therapie- ende (Datum)
---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

Getroffene Maßnahme bezgl. des Produktes:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unterbrochen <input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis erhöht <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> unbekannt
--	---

Initialien des Patienten:	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) /...../..... oder Geburtsjahr 	Alter (Jahre) 	Geschlecht weiblich <input type="checkbox"/> Größe: Gewicht: männlich <input type="checkbox"/> Größe: Gewicht:	Ethnische Zugehörigkeit: Sonstiges:
--------------------------------------	--	-----------------------------------	---	--

Ist die Patientin schwanger/stillt sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls eine Schwangerschaft besteht Angabe der Schwangerschaftswoche:
--	--

Art der NW:	NW aufgetreten am (Datum): Dauer der NW: bzw. von: bis:
Befunde bzw. sonstige Angaben siehe Anlage: <input type="checkbox"/>	

Kausal- zusammen- hang mit verdächtigtem AM:	gesichert <input type="checkbox"/>	wahrscheinlich <input type="checkbox"/>	möglich <input type="checkbox"/>	unwahrscheinlich <input type="checkbox"/>	kein Zusammen- hang <input type="checkbox"/>	nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/>
---	---	--	---	--	--	--

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden an:
pharmacovigilance@ohre-pharma.com

Welche Kriterien treffen auf die NW zu?	<input type="checkbox"/> lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> verlängerter Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> kongenitale Anomalie/ Geburtsfehler <input type="checkbox"/> bleibende/ schwerwiegende Behinderung <input type="checkbox"/> medizinisch bedeutsames Ereignis:	<input type="checkbox"/> führte zum Tod Todestag: Todesursache: Durch Autopsie bestätigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt	Ausgang des Ereignisses: <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit bleibenden Schäden <input type="checkbox"/> Tod
--	--	---	---

Beschreibung der beobachteten Nebenwirkung:

Medizinische Vorgeschichte:

Begleitmedikation:

Produkt	Dosis	Stärke	Applikation	Verabreichungshäufigkeit	Therapiebeginn (Datum)	Therapieende (Datum)	Indikation	Zusammenhang mit NW (ja/nein)

Weitere Erkrankungen:

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden an:

pharmacovigilance@ohre-pharma.com

Meldende Person ist:	<input type="checkbox"/> Patient/-in	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Krankenschwester/Pfleger	<input type="checkbox"/> Apotheker/-in	<input type="checkbox"/> Betreuer/kein(e) Angehörige(r) der Heilberufe	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte angeben:
-----------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---	--	--	--

Stimmen Sie einer Kontaktaufnahme mit Ihnen oder Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin durch die Arzneimittelsicherheit von <Angabe Firmenname> zu? ja nein

Kontaktinformation der meldenden Person oder des behandelnden Angehörigen der Heilberufe.

Falls keine Zustimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten vorliegt, tragen Sie bitte "Kontakt verweigert" ein

Meldende Person:

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

Behandelnder Angehörige(r) der Heilberufe (auszufüllen, falls anders als meldende Person):

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zurück an:

pharmacovigilance@ohre-pharma.com

Falls Sie Informationen benötigen, Bitte kontaktieren Sie uns per Telefon : ++49 (0) 2103 990 9600