

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

<p>۱- مشخصات بیمار نام و نام خانوادگی: سن: وزن: جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> محل سکونت: تلفن:</p>	<p>۲- نوع عارضه ی دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:</p>
---	---

<p>۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / / ۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟</p>	<p>۵- سابقه ی هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:</p>
---	--

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

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

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

۱۱- یافته های پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- داروهای مشکوک به عارضه:

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

توضیحات:

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

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