

A6 Meldeformular über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2007)

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle) an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gemäß der Berufsordnung für Ärzte <small>Postfach 12 08 64 • 10598 Berlin • Telefax: (030) 400456-555 • Telefon: (030) 400456-500</small>						
Pat.Init. _____	Geburtsdatum ____/____/____	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Größe (cm) _____	Gewicht (kg) _____	ethn. Zugeh. _____	Schwangersch.- Monat: ____
Beobachtete unerwünschte Wirkungen aufgetreten am: ____/____/____ Dauer: ____ Stunden ____ Tage lebensbedrohlich? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Arzneimittel/Darreichungsform ggf. Chargenbezeichnung		Tagesdosis	Applikation	gegeben von/bis	wegen	
①						
②						
③						
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. ① ② ③		dieses früher verabreicht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ggf. Reexposition nein <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>
Grunderkrankung (ggf. ICD-Codierung):			Begleiterkrankungen: (ggf. ICD-Codierung)			
Anamn. Besonderheiten , z. B.: Alkohol <input type="checkbox"/> Allergien* <input type="checkbox"/> Arzneimittelabusus* <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Sonstige: * weitere Erläuterungen:						
Veränderung von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung:						
Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:						
Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> Sektion: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Weitere Bemerkungen (z. B. Todesursache):						
<p>► Das Beilegen des Arztbriefes und/oder des Krankenhausentlassungsbriefes ist in Fällen schwerer UAW hilfreich. ◀</p>						
Wer wurde zusätzlich informiert:		BfArM <input type="checkbox"/>	Hersteller <input type="checkbox"/>	PEI <input type="checkbox"/>	Sonstige:	
Name des Arztes:		Klinik: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (ggf. Stempel)			Datum:	
Fachrichtung:						
Anschrift:						
Telefon-Nr.:		Unterschrift _____				