

نموذج الإبلاغ عن الآثار العكسية للأدوية

- في حالة حدوث أي آثار عكسية عند تناولك دواء معين من مستحضرات شركة المهن الطبية (MUP) أو مجموعة من الأدوية تتضمن أحد مستحضراتها الطبية ، فعليك باستيفاء هذا التقرير و إرساله إلى العنوان المبين في أسفل النموذج.
- من فضلك سجل جميع الآثار العكسية سواء كانت عادية أو خطيرة .

أ – بيانات عن مقدم التقرير						
الذي قام باستيفاء التقرير : () المريض () الطبيب () الصيدلي () التمريض () أخرى (حدد) :						
الاسم :						
التخصص (للطبيب) :						
التليفون / محمول :						
البريد الإلكتروني :						
العنوان :						
التاريخ :						
التوقيع :						
ب – بيانات المريض						
الاسم / الحروف الأولى : () ذكر () أنثى [حامل، تخطط للحمل، ترضع] ؛						
(اختياري)						
الوزن (كجم) :						
العمر : (سنة ، شهر) ؛ البلد :						
العرق :						
ج – الأدوية المشتبه بها						
اسم المستحضر (الاسم التجاري و العلمي)	التركيز	يستخدم لعلاج	الجرعة	طريقة التعاطي	تاريخ بدء العلاج	تاريخ وقف العلاج
د – الآثار العكسية المشتبه بها						
• من فضلك صف الأثر العكسي الذي ظهر :						
• تاريخ بدء الأثر: ---/--/--						
• تاريخ انتهاء الأثر: ---/--/--						
• هل توقف الأثر بعد وقف العلاج ؟ () نعم () لا () لا أعلم						
• هل ظهر الأثر بعد إعادة العلاج ؟ () نعم () لا () لا أعلم						
• مدى خطورته : () تسبب في الوفاة () مهدد للحياة () تسبب في دخول المريض المستشفى						
() تسبب في إطالة مدة البقاء في المستشفى () تسبب في عيوب خلقية للأجنة () تسبب في إعاقة دائمة						
() تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم () أخرى (حدد):						
• ملحوظات أخرى :						
هـ – بيانات عن الأدوية الأخرى المتناولة (اذكر الأدوية الأخرى المتناولة حالياً و كذلك المتناولة قبل ظهور الآثار العكسية بشهر)						
اسم المستحضر (الاسم التجاري و العلمي)	التركيز	يستخدم لعلاج	الجرعة	طريقة التعاطي	تاريخ بدء العلاج	تاريخ وقف العلاج
و – بيانات أعضاء شركة المهن الطبية للأدوية						
الاسم :						
المنطقة/الخط :						
التليفون / محمول :						
التاريخ :						