

Meldung von vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen

LRN:

Patient

Initialen Geschlecht: ♀ ♂ Alter: Gewicht: kg Ist Patientin schwanger? Ja Nein Wochen

Unerwünschte Arzneimittelwirkung(en)

1)	Aufgetreten am Datum:	Dauer bis:
2)	Aufgetreten am Datum:	Dauer bis:
3)	Aufgetreten am Datum:	Dauer bis:
4)	Aufgetreten am Datum:	Dauer bis:

Folgen der UAW bzw. handelt es sich um:

- Tod, Datum: Wurde eine Autopsie durchgeführt? Ja Nein (falls verfügbar bitte Autopsieresultate beilegen)
Ursache:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lebensbedrohung | <input type="checkbox"/> Bleibende Schädigung/Behinderung | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation notwendig/verlängert | <input type="checkbox"/> Medizinisch wichtiges Ereignis* | <input type="checkbox"/> Keine der genannten Folgen |
| <input type="checkbox"/> Überdosis, erhaltene Dosis: | <input type="checkbox"/> Kongenitale Anomalie | |

* Ereignis, das nach medizinischem Ermessen ohne Behandlung zu einem der genannten schwerwiegenden Ereignisse geführt hätte.

Verdächtige Arzneimittel

Produkt	Art der Verabreichung	Tägliche Dosierung	Indikation	Von	Bis	Chargennummer	Verfallsdatum

Massnahmen:

- Abbruch der Behandlung
 Unterbrechung von bis
 Dosisreduktion
 Dosissteigerung
 Keine

Verlauf nach Absetzen/Wiederaufnahme des Medikamentes:

- Verbesserung des Zustandes nach Therapieabbruch
 Ja Nein
- Verschlechterung des Zustandes nach Wiederaufnahme
 Ja Nein Wiederaufnahme am:

Kausalzusammenhang

Besteht Ihrer Meinung nach ein Kausalzusammenhang zwischen den unerwünschten Wirkungen und dem MSD-Medikament?

JA NEIN

Begleitmedikation

Produkt	Art der Verabreichung	Tägliche Dosierung	Von	Bis	Indikation

Kurzbeschreibung des Falles

inklusive Angaben zur Behandlung der UAW (falls zutreffend, bitte das Start- und Enddatum der Behandlung angeben):

Click here to enter text.

Outcome:

- Tod Nicht erholt Auf dem Weg der Besserung
 Mit Schaden erholt Erholt Unbekannt

Begleiterkrankungen

(Erkrankungen, die bereits vor Beginn der Therapie begonnen haben und bis zum Zeitpunkt der UAW noch andauern):

Click here to enter text.

Medizinische Geschichte (Vorkommnisse, welche vor der UAW aufgetreten sind – listen Sie relevante Informationen einschliesslich vergangener Arzneimittelreaktionen, Allergien, mit Start- und Enddatum):

Click here to enter text.

Relevante Laborbefunde / Diagnostische Kriterien / Röntgenbefunde

Datum	Parameter	Wert / Normalwert	Kommentare

Sind Sie mit allfälligen Rückfragen einverstanden, falls noch offene Fragen bestehen ?

Ja Nein

Melder: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

MSD Merck Sharp & Dohme AG
Pharmacovigilance
Werftstrasse 4
6005 Luzern
Telefon 058 618 33 10
Telefax 058 618 39 50

Wir möchten Sie gerne informieren, dass personenbezogene Daten zur Erfassung und Bearbeitung Ihrer Meldung aufgenommen und von MSD unter voller Achtung der Privatsphäre behandelt werden. Bitte lesen Sie mehr über unsere Datenschutzerklärung unter www.merck.com/privacy.