

A bejelentés dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)

A BEJELENTŐ ADATAI

A bejelentő neve:		Szakterülete:	
E-mail:		Telefonszám:	
Intézmény neve:		Város:	Utca/hszám:
Irányítószám:		Ország:	
A bejelentő beleegyezik, hogy felvegyék vele a kapcsolatot?		☐ Igen	☐ Nem

A BETEG ADATAI

A beteg monogramja:				
Születési dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	Életkora (év)			
Neme: ☐ Férfi ☐ Nő				
Testsúlya:	Testmagassága:			
A beteg beleegyezik, hogy kezelőorvosával felvegyék a kapcsolatot?		☐ Igen	☐ Nem	☐ nem ismert

ABBVIE TERMÉKINFORMÁCIÓ (Megjegyzés: további termékek hozzáadásához másolja a sort.)

Gyógyszer neve	Indikáció	Adagolás (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	Dózis/ Gyakoriság (pl. 1 x 15 mg)	A terápia kezdetének dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	A terápia befejezésének dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	Gyártási szám (esemény szempontjából)
		☐ változatlan ☐ módosítva ☐ felfüggesztve ☐ leállítva ☐ nincs adat				

Ha a gyártási szám ismeretlen vagy nem elérhető, jelöljön be EGY négyzetet az ok magyarázatához.

☐ A bejelentő nem ismeri a gyártási számot. **Indoklás*:**

*pl. nem őrizték meg a termék csomagolását, a kezelőorvos számára nem elérhető, nem szerepel a beteg dokumentációjában, nem az eredeti csomagolásban érkezett

☐ A bejelentő megtagadta a gyártási szám közlését.☐ Sikertelen kapcsolatfelvétel a bejelentővel.☐ A bejelentő elérhetőségi adatai nem ismertek.

AZ ESEMÉNY(EK) LEÍRÁSA:

ESEMÉNNYEL KAPCSOLATOS ADATOK *(Megjegyzés: további nemkívánatos események hozzáadásához másolja a sort.)*

Nemkívánatos esemény	Kezdet dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	Kimenetel	Súlyos? ☐ Igen (részletezze alább) ☐ Nem	Összefüggés
	Megszűnés dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	☐ gyógyult ☐ gyógyuló félben ☐ maradványtünetekkel gyógyult ☐ nem gyógyult ☐ halál ☐ nem tudja	☐ halál ☐ életveszély ☐ hospitalizáció ☐ hospitalizáció meghosszabbodása ☐ tartós/jelentős fogyatékosság ☐ születési rendellenesség ☐ fertőző ágens feltételezett átvitele ☐ egyéb orvosilag jelentős esemény ☐ elektív abortus ☐ spontán abortus	☐ Összefügg ☐ Nincs összefüggés ☐ Nem tudja

A nemkívánatos esemény(ek)hez kezeléséhez kapcsolódó gyógyszerek, diagnosztika és laboratóriumi értékek

EGYIDEJŰLEG ALKALMAZOTT GYÓGYSZEREK *(Megjegyzés: továbbiak hozzáadásához másolja a sort.)*

A beteg kapott az AbbVie készítménnyel egyidejűleg más gyógyszert?					☐ Igen (részletezze)	☐ Nem
Együtt adott Gyógyszer neve	Kezdet dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	Befejezés dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	Dózis / gyakoriság (pl. 1 x 15 mg)	Az alkalmazás módja	Indikáció	

KÓRELŐZMÉNY *(Megjegyzés: továbbiak hozzáadásához másolja a sort.)*

Van a betegnek lényeges kórtörténeti adata?		☐ Igen (részletezze)	☐ Nem
Kórelőzmény (korábbi betegségek, műtét, dohányzás, alkohol fogyasztás)	Kezdet dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	Befejezés dátuma (ÉÉÉÉ/HHH/NN)	

GYÓGYSZERALLERGIA

Van a betegnek allergiája?	☐ Igen (részletezze)	☐ Nem

Megjegyzés: A nem elérhető vagy nem jelentett információkat tartalmazó részeket hagyja üresen.