

ADVERS REAKSİYON BİLDİRİM FORMU
TÜRKİYE FARMAKOVİJİLAN MERKEZİ

A. HASTAYA AİT BİLGİLER						2. Ciddiyet Kriteri			
1. Hastanın Adı ve Soyadının Baş Harfleri:		2. Doğum Tarihi:		2a. Yaş:	3. Cinsiyet	4. Boy: _____ cm	5. Ağırlık: _____ kg	Ciddi ☐ Ciddi olmayan ☐	
		Gün	Ay	Yıl	☐ Kadın ☐ Erkek			Ciddi ise aşağıdaki seçeneklerden uygun olanı işaretleyiniz:	
								☐ Ölüm	
B. ADVERS REAKSİYON (LAR)									
1. Advers Reaksiyonu Tanımlayınız				Başlangıç Tarihi (Gün / Ay / Yıl)	Bitiş Tarihi (Gün/Ay/Yıl)	Sonuç			
						☐ İyileşti/Düzelde			
						☐ İyileşiyor/Düzeliyor			
						☐ Sekel Bırakarak İyileşti /Düzelde			
						☐ Devam Ediyor			
						☐ Ölümle sonuçlandı			
						☐ Bilinmiyor			
						☐ Diğer			
3. Laboratuvar Bulguları (Tarihleriyle birlikte - Gün / Ay / Yıl)									
4. İlgili Tıbbi Öykü / Eş Zamanlı Hastalıklar: (Örneğin: Allerji, gebelik, sigara ve alkol kullanımı, hepatik/renal yetmezlik, diyabet, hipertansiyon vb.) Konjenital anomaliler için gebelikte annenin aldığı tüm ilaçlar ve maruz kaldığı hastalıklar ile birlikte son menstrasyon tarihini de belirtiniz. (Gün / Ay / Yıl)									
C. KULLANILAN TIBBİ ÜRÜN(LER)									
1. Şüpheli Edilen İlaçın Adı:	2. Veriliş Yolu:	3. Günlük Doz:	4. İlaça Başlama Tarihi (gün/ay/yıl)	5. İlaçın Kesildiği Tarih (gün/ay/yıl)	6. Endikasy onu:	7. İlaç kesildi mi?	8. İlaç kesilince veya doz azaltılınca advers reaksiyon azaldı mı?	9. İlaç Yeniden Verildi mi?	10. İlaç Yeniden Verilince Advers Reaksiyon Tekrarladı mı?
			İlaça Devam Ediliyorsa DEVAM Yazınız, Bilinmiyorsa Kullanım Süresini Veriniz.			☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor
						☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor
						☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor
11. Eş Zamanlı Kullanılan İlaç(lar): (Oluşan Advers Reaksiyonun Tedavisi için Kullanılanlar Hariç)									
						12. Diğer Gözlemler ve Yorum: (Kullanılan Beşeri Tıbbi Ürünün Kalitesi ile İlgili Bir Sorundan Şüpheli Ediliyor ise, Lütfen Şüpheli Edilen Ürünün Seri Numarası ve Son Kullanma Tarihi ile Birlikte Bu Sorunu Belirtiniz.)			
13. Advers Reaksiyonun Tedavisi: (Tedavi için kullanılan ilaçlar, kullanım tarih (gün/ay/yıl) leriyle birlikte)									
D. BİLDİRİM YAPAN KİŞİYE AİT BİLGİLER					E. RUHSAT/İZİN SAHİBİNE AİT BİLGİLER (Yalnızca ruhsat/izin sahibi tarafından yapılan bildirimlerde doldurulacaktır):				
1. Adı, Soyadı:	2. Meslek:		3. Tel. No:		1. Ruhsat/izin Sahibinin Adı:	1a. İletişim Bilgileri:			
						Tel: Faks: Adres:			
4. Adresi:	5. Faks:		6. E-posta:		2. Farmakovijilans Yetkilisi/Vekilinin Adı ve Soyadı:	2a. Tel: Faks: E-posta:			
						2c. İmzası:			
7. İmza:	8. Rapor firmaya da bildirildi mi?		9. Rapor Tarihi:		2b. Adresi:				
	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilinmiyor								
	10. Rapor tipi:				3. Ruhsat/İzin Sahibinin Rapor Numarası:				
	☐ İlk ☐ Takip				4. 4. Ruhsat/İzin Sahibinin İlk Haberdar Olma Tarihi:				
	Kayıt no:				5. Raporun TÜFAM'a Bildirilme Tarihi:				
					6. Rapor tipi:				
					☐ İlk ☐ Takip				