



GE HealthCare Pharmaceutical Diagnostics Formular zu Unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)

Bitte füllen Sie dieses Formular mit allen bekannten Daten aus und senden Sie es an uaw.meldung@gehealthcare.com

1. Abschnitt: KONTAKTINFORMATIONEN DER MELDENDEN STELLE

Name der meldenden Person		Telefon	E-mail
Name der Einrichtung		Stadt/Bundesland	Land
Arzt	Patient	Andere (bitte spezifizieren):	

2. Abschnitt: PATIENENINFORMATION

Initialen des Patienten (Vorname/Nachname)	Geschlecht	Schwangerschaft	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)	Alter (Jahre)	Altersgruppe (wenn Alter unbekannt)
		Ja Nein					

3. Abschnitt: INFORMATIONEN ZUR UNERWÜNSCHTEN ARZNEIMITTELWIRKUNG (UAW)

Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) (falls der Platz in diesem Abschnitt nicht ausreicht, können zusätzliche UAWs in Abschnitt 5 beschrieben werden)	Auftreten der UAW (TT-MM-JJJJ)	Ende der UAW (TT-MM-JJJJ)	Latenz (Wie lange nach der Gabe traten die Symptome auf?)	Dauer (Wie lange dauerten die Symptome an? (Oder angeben, wenn noch andauern))	Ausgang der UAW (bleibt diese Angabe leer, wird das Ergebnis als unbekannt betrachtet)	Schwerekriterium (Wählen Sie das am ehestens zutreffende Kriterium: <ul style="list-style-type: none"> Nicht schwerwiegend – oder - Schwerwiegend – bitte um Spezifikation: Tod; Lebensbedrohend; Stationäre Behandlung/Aufenthalt über Nacht; Behinderung; Anderes wichtiges medizinisches Ereignis
					Genesen Genesend Nicht genesen	
					Genesen Genesend Nicht genesen	
					Genesen Genesend Nicht genesen	

4. Abschnitt: INFORMATIONEN ZUM VERDÄCHTIGTEN ARZNEIMITTEL

Verdächtigtes Arzneimittel (Handelsname oder generische Bezeichnung)	Verabreichungsart und -form (i.v.; i.a.; andere; unbekannt)(Injektionslösung; Fertigspritze; Orale Lösung; Andere; Unbekannt)	Chargennummer	Dosis (Einheit) & Frequenz	Verabreichungsdatum (TT-MM-JJJJ)	Verabreichungsdauer	Untersuchungstyp/ Verfahren und Indikation (falls bekannt)

5. Abschnitt: ERGÄNZENDE INFORMATIONEN ZUR UAW (relevante diagnostische Tests, Medikamente, die der Patient bis zum Auftreten der UAWs eingenommen hat, Medikamente, die zur Behandlung der UAWs eingenommen wurden)

Bitte geben Sie Einzelheiten zum Ereignis und zum klinischen Verlauf an, einschließlich Diagnose (falls bekannt), Symptome, Vitalzeichen/Testergebnisse. Bitte dokumentieren Sie alle Medikamente, die in den zwei Wochen vor dem unerwünschten Ereignis eingenommen wurden, sowie alle Medikamente, die zur Behandlung des unerwünschten Ereignisses eingenommen wurden. Falls der Patient verstorben ist, geben Sie bitte die Todesursache und Einzelheiten zur Autopsie an.

6. Abschnitt: RELEVANTE MEDIZINISCHE ANAMNESE

7. Abschnitt: RELEVANTE BESONDERE RISIKOFAKTOREN

8. Abschnitt: FRÜHERE EXPOSITION

Andauernd	Niereninsuffizienz	Ja	Nein	Unbekannt	Hat der Patient bereits KM erhalten? Ja Nein Unbekannt
Andauernd	Asthma	Ja	Nein	Unbekannt	Wenn ja, zeigte der Patient eine Kontrastmittelreaktion? Ja Nein Unbekannt
Andauernd	Dehydratation	Ja	Nein	Unbekannt	Wenn ja, welches Kontrastmittel?
Andauernd	Allergien	Ja	Nein	Unbekannt	

NAME	UNTERSCHRIFT	DATUM (TT-MM-JJJJ)

Der Berichtersteller erklärt sich damit einverstanden, dass er kontaktiert wird, wenn weitere Informationen benötigt werden: Ja Nein