

**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](mailto:uaw.meldung@gehealthcare.com)

**1. Abschnitt: KONTAKTINFORMATIONEN DER MELDENDEN STELLE**

<b>Name der meldenden Person</b>	<b>Telefon</b>	<b>E-mail</b>
<b>Name der Einrichtung</b>	<b>Stadt/Bundesland</b>	<b>Land</b>

Arzt  Patient  Andere (bitte spezifizieren):

**2. Abschnitt: PATIENENINFORMATION**

Initialien des Patienten (Vorname/Nachname)	Geschlecht	Schwangerschaft	Ethnische Gruppe (asiatisch, kaukasisch, schwarz, sonstige, unbekannt)	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Geburtsdatum TT-MM-JJJJ	Alter (Jahre)	Altersgruppe (wenn Alter unbekannt)
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						

**3. Abschnitt: INFORMATIONEN ZUR UNERWÜNSCHTEN ARZNEIMITTELWIRKUNG (UAW)**

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

**4. Abschnitt: INFORMATIONEN ZUM VERDÄCHTIGTEN ARZNEIMITTEL**

Verdächtigtes Arzneimittel <i>(Handelsname oder generische Bezeichnung)</i>	Verabreichungsart und -form <i>(i.v.; i.a.; andere; unbekannt)(Injektionslösung; Fertigspritze; Orale Lösung; Andere; Unbekannt)</i>	Chargen- nummer	Dosis (Einheit) & Frequenz	Verabreichungs- datum TT-MM-JJJJ	Verabreichungs- zeitraum TT-MM-JJJJ	Untersuchungstyp/ Verfahren und Indikation <i>(falls bekannt)</i>

**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**

<input type="checkbox"/> Andauernd
<input type="checkbox"/> Andauernd
<input type="checkbox"/> Andauernd
<input type="checkbox"/> Andauernd

**7. Abschnitt: RELEVANTE BESONDERE RISIKOFAKTOREN**

Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Dehydratation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt

**8. Abschnitt: FRÜHERE EXPOSITION**

Hat der Patient bereits KM erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Wenn ja, zeigte der Patient eine Kontrastmittelreaktion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
<i>Wenn ja, welches Kontrastmittel?</i>	

<b>NAME</b>	<b>Unterschrift</b>	<b>DATUM (TT-MM-JJJJ)</b>

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