

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) <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 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> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | Genesen Genesend Nicht genesen | <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 | |

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> | 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**