



Meldung eines Verdachtsfalls unerwünschter Nebenwirkungen von Humanarzneimitteln oder Humanimpfstoffen -
Patientenformular

Die Datenschutzinformationen, in denen erklärt wird, wie personenbezogene Daten im Rahmen von Pharmakovigilanz-Meldungen verarbeitet werden, können online unter www.guichet.lu/pharmacovigilance abgerufen werden.

Patientendaten Initialen des Vornamens des Patienten ____ Initialen des Nachnamens des Patienten) __ Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M Gewicht ____ (kg) Größe ____ (m)	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) ____/____/_____ Oder Alter ____ (Jahren) ____ (Monat)	Ist die Patientin schwanger? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, geben Sie bitte den voraussichtlichen Geburtstermin an (TT/MM/JJJJ) ____/____/_____ Stillt die Patientin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bekannte Allergien Abhängigkeit (z.B. Tabak, Arzneimittel, Alkohol, Drogen, usw.)
--	--	--	--

Aktuelle Krankheiten, medizinische oder chirurgische Vorgeschichte

Unerwünschte Nebenwirkung(en)

Detailliertere Beschreibung der unerwünschten Nebenwirkung

Bitte beschreiben Sie den beobachteten Effekt im Detail. Geben Sie an, ob es sich bei der beobachteten Auswirkung um eine Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit handelt. Wenn zusätzliche Tests durchgeführt wurden, geben Sie bitte an, welche Tests durchgeführt wurden, und geben Sie die Ergebnisse an. Wenn möglich, können Sie auch einen Bericht über Krankenhausaufenthalte oder zusätzliche Untersuchungen (anonymisiert) beifügen.



War eine stationäre Behandlung erforderlich oder musste diese verlängert werden?

Unerwünschte Nebenwirkung

Unerwünschte Nebenwirkung	Beginn und Ende	Entwicklung	Behandlung der Nebenwirkung	Bitte angeben
1.	Vun __/__/____ bis __/__/____	<input type="checkbox"/> Keine Besserung <input type="checkbox"/> Derzeit festzustellende Besserung <input type="checkbox"/> Heilung ohne bleibende Schäden <input type="checkbox"/> Heilung mit bleibenden Schäden <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	
2.	Vun __/__/____ bis __/__/____	<input type="checkbox"/> Keine Besserung <input type="checkbox"/> Derzeit festzustellende Besserung <input type="checkbox"/> Heilung ohne bleibende Schäden <input type="checkbox"/> Heilung mit bleibenden Schäden <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	
3.	Vun __/__/____ bis __/__/____	<input type="checkbox"/> Keine Besserung <input type="checkbox"/> Derzeit festzustellende Besserung <input type="checkbox"/> Heilung ohne bleibende Schäden <input type="checkbox"/> Heilung mit bleibenden Schäden <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	

Arzneimittel oder Impfstoff(e)

Geben Sie nachstehend alle Arzneimittel an, die der Patient bei oder zeitnah vor dem Auftreten der unerwünschten Nebenwirkung eingenommen hat (einschließlich Arzneimittel, die zur Behandlung chronischer Krankheiten eingenommen werden und nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel).

Handelsname oder international gebräuchliche Bezeichnung (DCI)	Es besteht der Verdacht, dass das Arzneimittel bzw. der Impfstoff die Nebenwirkung verursacht:	Dosierung (Dosis und Häufigkeit)	Datum des Beginns der Behandlung (TT/MM/JJJJ)	Datum des Endes der Behandlung (TT/MM/JJJJ)	Grund der Bearbeitung
1.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Keine Meinung		__/__/____	__/__/____ <input type="checkbox"/> Behandlung wird fortgesetzt	



Gesundheitsbehörde

2.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Keine Meinung		____/____/____	____/____/____ <input type="checkbox"/> Behandlung wird fortgesetzt	
3.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Keine Meinung		____/____/____	____/____/____ <input type="checkbox"/> Behandlung wird fortgesetzt	
4.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Keine Meinung		____/____/____	____/____/____ <input type="checkbox"/> Behandlung wird fortgesetzt	

Kontaktdaten der meldenden Person

Ihre Kontaktdaten dienen gegebenenfalls dazu, bei Rückfragen zu dem bzw. den von Ihnen gemeldeten Vorfällen Kontakt mit Ihnen aufzunehmen und den Eingang Ihrer Meldung zu bestätigen.

Name : _____ Vorname : _____

Ich bitte um Kontaktaufnahme

- per E-Mail _____
 Telefonisch (bitte auch Ländervorwahl angeben) _____
 per post
 Hausnummer : _____
 Straße, Postleitzahl : _____
 Land : _____

Ich bin damit einverstanden, dass weitere Informationen über meinen Fall bei meinem behandelnden Arzt eingeholt werden dürfen.

Kontaktdaten des behandelnden Arztes

Name : _____ Vorname : _____

Kontaktdaten (E-Mail-Adresse oder Telefonnummer) : _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular:

- wenn möglich per E-Mail an das CRPV und die DPM
- oder per Post an eine der nachstehend angegebenen Adressen

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy oder

E-mail : crpv@chru-nancy.fr

Tél : +33 3.83.65.60.85

Fax : +33 3.83.65.61.33

Division de la pharmacie et des médicaments

E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu

Tél : +352 247 85592

Adresse physique:

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy
Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie (BBB)
CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
54 511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX, France

Adresse physique:

Division de la pharmacie et des médicaments
Direction de la Santé
2a, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen