



Meldung eines Verdachtsfalls unerwünschter Nebenwirkungen von Humanarzneimitteln -  
**Formular für Angehörige der Gesundheitsberufe**

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

<b>Patientendaten</b> 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
--	--	--	--------------------

Aktuelle Krankheiten, medizinische oder chirurgische Vorgeschichte

Sonstiges:

- |  |                                       |   |  |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen            | <input type="checkbox"/> Diät          |
| <input type="checkbox"/> Tabakgenuss   | <input type="checkbox"/> Implantate   | <input type="checkbox"/> Hormonale<br>Empfängnisverhütung | <input type="checkbox"/> Radiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Allergien     |                                       |   |  |

**Unerwünschte Nebenwirkung(en)**

Detailliertere Beschreibung der unerwünschten Nebenwirkung

*Falls erforderlich, klicken Sie auf die Schaltflächen Nebenwirkungen Hinzufügen oder Entfernen. Wenn Sie das genaue Datum nicht mehr wissen, geben Sie bitte die Dauer an. Wenn die unerwünschte Nebenwirkung noch andauert, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.*



**Ergebnis zum Zeitpunkt der letzten Beobachtung**

Tod

Lebensbedrohlich

Krankenhausaufenthalt / Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes

Hervorrufung oder Verlängerung einer Arbeitsunfähigkeit oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit

Kongenitale Anomalie bzw. Geburtsfehler

Sonstige medizinisch relevante Nebenwirkung

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	

War die Nebenwirkung nach Absetzen des Arzneimittels nicht mehr feststellbar?  Ja  Nein  Nicht zutreffend

Ist die Nebenwirkung nach Wiedereinnahme des Arzneimittels erneut eingetreten?  Ja  Nein  Nicht zutreffend

**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 eingenommenen werden und nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel). Kreuzen Sie bitte das Feld „verdächtig“ bei dem (den) Arzneimittel(n) an, das/die vermutlich die unerwünschte(n) Nebenwirkung(en) verursacht hat/haben.*

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	
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	

Was wurde in Bezug auf das Arzneimittel unternommen?

- Unterbrechung der Behandlung
- Änderung der Dosis, bitte angeben (Dosis und Datum):
- Keine Änderung der Dosis
- Nicht bekannt
- Nicht zutreffend

Liegt im Zusammenhang mit dem (den) verdächtigen Arzneimittel(n) Ihrer Meinung nach auch Folgendes vor:

- Arzneimittelmissbrauch
- Medikationsfehler
- Falsche Anwendung
- Überdosis eines Arzneimittels
- Kontakt mit einem Arzneimittel am Arbeitsplatz

**Kontaktdaten der meldenden Person**

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Qualifikation: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Kontaktaufnahme

- per E-Mail \_\_\_\_\_
- Telefonisch (bitte auch Ländervorwahl angeben) \_\_\_\_\_
- per post

Hausnummer : \_\_\_\_\_

Straße, Postleitzahl : \_\_\_\_\_

Land : \_\_\_\_\_



**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**

E-mail : [crpv@chru-nancy.fr](mailto:crpv@chru-nancy.fr)

Tél : +33 3.83.65.60.85

Fax : +33 3.83.65.61.33

oder

**Division de la pharmacie et des médicaments**

E-mail : [pharmacovigilance@ms.etat.lu](mailto: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