

***** BITTE SOFORT WEITERLEITEN *****

Meldung einer Nebenwirkung / Verdachtsfalles

AN: Novo Nordisk Pharma GmbH
Arzneimittelsicherheit

Fax-Nr.: +49 6131-903-1250

Seitenanzahl des Faxes gesamt: _____

Meldender

Name: _____

Bei Rückfragen bin ich wie folgt erreichbar:

Telefon: _____

mobil: _____

E-mail: _____



Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle)
an das Paul-Ehrlich-Institut, Referat Arzneimittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen



Tel: (06103) 77-0

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen

Fax: (06103) 77-1234

Code-Nr.	Pat. Init. Nachb. Vorn.	Geburtsdatum Tag Mon Jahr	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Tätigkeit	ethn. Zugeh.	Schwangerschaftsmonat
----------	----------------------------	------------------------------	---	------------	--------------	-----------	--------------	-----------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen aufgetreten am: _____ Dauer: _____

Arzneimittel/Darreichungsform	Tagesdosis	Applikation	von	gegeben	bis	wegen
1. Arzneimittel: Chargen-Nr.:						
2. Chargen-Nr.:						
3. Chargen-Nr.:						
4. Chargen-Nr.:						

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4

dieses früher gegeben ja nein

vertragen ja nein

ggf. Reexposition ja nein

Grunderkrankung: _____ **Begleiterkrankungen:** _____

Anamn. Besonderheiten: Nikotin Alkohol Kontrazeptiva Schrittmacher Implantate Strahlentherapie
 physikal. Therapie Diät Allergien * Stoffwechseldefekte * Arzneimittelabusus * Sonstige: _____
 * weitere Erläuterungen: _____

Veränderung von Laborparametern im Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung: * _____

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: lebensbedrohend ja nein Hospitalisierung? * ja nein

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:
 wiederhergestellt bleibender Schaden/Folgeschaden noch nicht wiederhergestellt unbekannt
 Exitus: Arzneimittelbeitrag möglich als Folge der UAW ohne Beitrag des Arzneimittels]
 Todesursache: Sektion: * ja nein

Beurteilung des Kausalzusammenhanges: gesichert wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich un beurteilt nicht zu beurteilen

Weitere Bemerkungen: _____

Wer wurde informiert: PEI BfArM Hersteller Arzheim.-Komm.-Ärzte Sonstige: _____

Name des Arztes: _____ Fachrichtung: _____ PLZ: _____ Klinik ja nein (ggf. Stempel)

Hersteller: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

* ggf. Befund beifügen