

**مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)**

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:

۱- مشخصات بیمار:  
 نام و نام خانوادگی:  
 سن:                      وزن:  
 جنس:  مذکر  مؤنث  باردار  
 محل سکونت:  
 تلفن:

۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی:                      /                      /  
 ۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟

۶- سابقه بیمار: (آلزایم، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی، اعتیاد...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟  بلی  خیر  دارو قطع نشده است  
 ۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟  بلی  خیر  دارو مجدداً مصرف نگردید

۹- سرانجام عارضه دارویی:  بهبودی  عدم بهبودی  نقص عضو  مرگ  سایر موارد:  
 ۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟  بلی  خیر

۱۱- یافته های پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲ - دارو(های) مشکوک به عارضه:

| شکل و قدرت دارویی * | مقدار مصرف روزانه | راه مصرف | مورد مصرف | تاریخ شروع مصرف | تاریخ پایان مصرف | کارخانه سازنده و شماره سری ساخت |
|---------------------|-------------------|----------|-----------|-----------------|------------------|---------------------------------|
|                     |                   |          |           |                 |                  |                                 |
|                     |                   |          |           |                 |                  |                                 |

۱۳ - سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

| شکل و قدرت دارویی * | مقدار مصرف روزانه | راه مصرف | مورد مصرف | تاریخ شروع مصرف | تاریخ پایان مصرف | کارخانه سازنده و شماره سری ساخت |
|---------------------|-------------------|----------|-----------|-----------------|------------------|---------------------------------|
|                     |                   |          |           |                 |                  |                                 |
|                     |                   |          |           |                 |                  |                                 |
|                     |                   |          |           |                 |                  |                                 |

توضیحات:

\* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده مؤثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)

## پست جواب قبول



طی قرارداد ۱۴۱۵۴/۲۱ هزینه پست پرداخت گردیده است

طرف قرار داد : معاونت غذا و دارو

تهران - صندوق پستی ۹۴۸-۱۴۱۸۵

تلفن: ۲-۸۸۹۲۳۱۹۳ نمایر: ۸۸۸۹۰۸۵۷

( از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبانید )

مشخصات گزارشگر:  پزشک  داروساز  پرستار  متخصص  سایر مشاغل.....

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان ..... شهرستان ..... روستا ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک .....

تاریخ ... / ... / ... امضاء یا مهر گزارشگر: