

## Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Bitte zurücksenden an Candoro ethics GmbH, Marie-Curie-Str. 11, 61381 Friedrichsdorf

Tel.: 0800 501 5671 / FAX: 0800 664 6861 / E-Mail an: [service.candoro-ethics@dermapharm.com](mailto:service.candoro-ethics@dermapharm.com)

<b>Pat. Initialen</b> (Nach-/Vorname)	<b>Geb.-datum o. Alter</b>	<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	<b>Größe (cm)</b>	<b>Gewicht (kg)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Schwanger</b> <input type="checkbox"/> <b>Stillzeit</b>	<b>Schwangerschaftswoche</b>
<b>Arzneimittel</b> (Charge, Verfall, Darreichungsform, PZN)		<b>Dosierung / Applikation</b>	<b>Einnahme von / bis</b>	<b>Indikation (wegen)</b>	<b>Therapieabbruch nach UAW</b>	<b>Besserung nach Therapieabbruch</b>
<b>1</b>					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>2</b>					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>3</b>					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Arzneimittel mit UAW-Meldung - Nr.:			Früher gegeben: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		Vertragen: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Beobachtete unerwünschte Wirkungen</b>			<b>Aufgetreten von/bis (Dauer)</b>	<b>Ausgang der UAW</b> 1 = wiederhergestellt 2 = Besserung 3 = nicht wiederhergestellt 4 = bleibender Schaden 5 = Exitus / 6 = unbekannt	<b>Einstufung der UAW*</b>	
				-	-	
				-	-	
				-	-	
				-	-	
*1 = Tödlich, 2 = Lebensbedrohlich, 3 = Behinderung / Invalidität, 4 = angeborene Missbildung / Geburtsfehler, 5 = stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, 6 = stationärer Krankenhausaufenthalt verlängert, 7 = bedeutsames medizinisches Ereignis, 8 = Die UAW lässt sich in <b>keine</b> der o.g. Einstufungen einordnen.						
<b>Grund- bzw. Begleiterkrankungen</b>			<b>Beginn / Ende</b>		<b>Andauernd:</b>	
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Besonderheiten</b> <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Allergien, Details: <input type="checkbox"/> Sonstiges, Details:						
<input type="checkbox"/> Nikotin    .....						
<b>Verlauf/Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung (Laborparameter/Diagnostik etc.):</b>						
<b>Beurteilung des kausalen Zusammenhangs:</b>			<input type="checkbox"/> Gesichert	<input type="checkbox"/> Wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> Möglich	
			<input type="checkbox"/> Unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> Kein Zusammenhang	<input type="checkbox"/> Nicht zu beurteilen	
<b>Qualifikation des Meldenden:</b>			<input type="checkbox"/> Apotheker	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Kein Gesundheitsexperte	
<b>Name des Meldenden (ggf. Stempel):</b> Straße: PLZ / Ort: Tel.: Fax:				<b>Wer wurde informiert:</b> <input type="checkbox"/> BfArM/PEI <input type="checkbox"/> AMK/AKDÄ <input type="checkbox"/> Hersteller: <input type="checkbox"/> Sonstige:		
<b>Datum, Unterschrift:</b>						