



SCHEMA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI E A INTEGRATORI ALIMENTARI

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

1. INIZIALI	2. ETA'	3. SESSO	4. PESO CORPOREO	5. ORIGINE ETNICA
6. EVENTUALE STATO DI GRAVIDANZA <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ settimana ALLATTAMENTO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			7. DATA INSORGENZA REAZIONE	
8. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI			11. LA REAZIONE È MIGLIORATA CON LA SOSPENSIONE?	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
9. EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI:			12. E' STATA ESEGUITA TERAPIA SPECIFICA?	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI QUALE? _____	
10. COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA PRODOTTO E REAZIONE <input type="checkbox"/> CERTA <input type="checkbox"/> PROBABILE <input type="checkbox"/> POSSIBILE <input type="checkbox"/> DUBBIA <input type="checkbox"/> SCOSCIUTA			13. GRAVITÀ DELLA REAZIONE	
			<input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> MORTE	
14. ESITO			<input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA	
			<input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI	
15. PRODOTTI SOSPETTI <i>(indicare la denominazione e la composizione come descritte in etichetta)</i>			<input type="checkbox"/> REAZIONE PERSISTENTE	
			<input type="checkbox"/> MORTE	

INFORMAZIONI SUL PRODOTTO

15-a QUALIFICA DEL PRODOTTO				15-b PRODUTTORE	
<input type="checkbox"/> GALENICO <input type="checkbox"/> PRODOTTO ERBORISTICO , <input type="checkbox"/> INTEGRATORE <input type="checkbox"/> ALIMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO: _____					
16. DOSAGGIO / DIE	17. VIA DI SOMMINISTRAZIONE	18. DURATA DELL'USO DAL AL	19. RIPRESA DELL'USO		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO RICOMPARSA DEI SINTOMI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL PRODOTTO È STATO ASSUNTO O PRESCRITTO					
21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO					
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI (specificare) _____					
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISPONENTI					

INFORMAZIONE SUL SEGNALATORE

24. QUALIFICA		25. DATI DEL SEGNALATORE	
<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> SPECIALISTA		NOME E COGNOME INDIRIZZO TEL. FAX E-MAIL	
26. DATA DI COMPILAZIONE		27. FIRMA	

Inviare la scheda compilata al fax n. 06 49904248