

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

۱- مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:

سن: وزن:

جنس: ☐ مذکر ☐ مونث ☐ باردار

محل سکونت:

تلفن:

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

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: (آلرژی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی، اعتیاد و ...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ دارو قطع نشده است۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ دارو مجدداً مصرف نگردید۹- سرانجام عارضه دارویی: ☐ بهبودی ☐ عدم بهبودی ☐ نقص عضو ☐ مرگ ☐ سایر موارد۱۰- 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:

| نام دارو | 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:

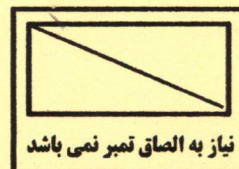
| نام دارو | شکل و قدرت دارویی* | مقدار مصرف روزانه | راه مصرف | مورد مصرف | تاریخ شروع مصرف | تاریخ پایان مصرف | کارخانه سازنده و شماره سری ساخت |
|----------|--------------------|-------------------|----------|-----------|-----------------|------------------|---------------------------------|
|   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

توضیحات:

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



## پست جواب قبول



نیاز به الصاق تمبر نمی باشد

طی قرارداد ۱۴۱۵۴/۲۱ هزینه پست پرداخت گردیده است

طرف قرارداد: معاونت غذا و دارو

تهران: صندوق پستی ۴۶۶-۱۷۷۷۵

تلفن: ۰۲۱-۶۶۱۷۶۹۳۴ و ۰۲۱-۶۱۹۲۷۱۴۴

ارسال گزارش به صورت آنلاین از طریق سایت [www.fda.gov.ir](http://www.fda.gov.ir) و یا لینک مستقیم [adr.ttac.ir](mailto:adr.ttac.ir)

(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: