



Meldung eines Verdachtsfalls unerwünschter Nebenwirkungen von Humanarzneimitteln -
Formular für Angehörige der Gesundheitsberufe

Die Datenschutzinformationen, in denen erklärt wird, wie personenbezogene Daten im Rahmen von Pharmakovigilanz-Meldungen verarbeitet werden, können online unter www.guichet.lu/pharmacovigilance abgerufen werden.

Patientendaten Initialen des Vornamens des Patienten _ _ _ Initialen des Nachnamens des Patienten) _ _ Geschlecht ☐ W ☐ M Gewicht ____ (kg) Größe ____ (m)	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) ____ / ____ / ____ Oder Alter ____ (Jahren) ____ (Monat)	Ist die Patientin schwanger? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, geben Sie bitte den voraussichtlichen Geburtstermin an (TT/MM/JJJJ) ____ / ____ / ____ Stillt die Patientin? ☐ Ja ☐ Nein	Bekannte Allergien
Aktuelle Krankheiten, medizinische oder chirurgische Vorgeschichte			
Sonstiges: ☐ Alkoholkonsum ☐ Drogenkonsum ☐ Stoffwechselstörungen ☐ Diät ☐ Tabakgenuss ☐ Implantate ☐ Hormonale ☐ Radiotherapie ☐ Allergien ☐ Empfängnisverhütung			
Unerwünschte Nebenwirkung(en) Detailliertere Beschreibung der unerwünschten Nebenwirkung <i>Falls erforderlich, klicken Sie auf die Schaltflächen Nebenwirkungen Hinzufügen oder Entfernen. Wenn Sie das genaue Datum nicht mehr wissen, geben Sie bitte die Dauer an. Wenn die unerwünschte Nebenwirkung noch andauert, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.</i>			



Ergebnis zum Zeitpunkt der letzten Beobachtung ☐ Tod ☐ Lebensbedrohlich ☐ Krankenhausaufenthalt / Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes ☐ Hervorrufung oder Verlängerung einer Arbeitsunfähigkeit oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit ☐ Kongenitale Anomalie bzw. Geburtsfehler ☐ Sonstige medizinisch relevante Nebenwirkung					
Unerwünschte Nebenwirkung					
Unerwünschte Nebenwirkung	Beginn und Ende	Entwicklung	Behandlung der Nebenwirkung	Bitte angeben	
1.	Von __/__/__ bis __/__/__	☐ Keine Besserung ☐ Derzeit festzustellende Besserung ☐ Heilung ohne bleibende Schäden ☐ Heilung mit bleibenden Schäden ☐ Tod ☐ Unbekannt	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt		
2.	Von __/__/__ bis __/__/__	☐ Keine Besserung ☐ Derzeit festzustellende Besserung ☐ Heilung ohne bleibende Schäden ☐ Heilung mit bleibenden Schäden ☐ Tod ☐ Unbekannt	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt		
3.	Von __/__/__ bis __/__/__	☐ Keine Besserung ☐ Derzeit festzustellende Besserung ☐ Heilung ohne bleibende Schäden ☐ Heilung mit bleibenden Schäden ☐ Tod ☐ Unbekannt	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt		
War die Nebenwirkung nach Absetzen des Arzneimittels nicht mehr feststellbar? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend Ist die Nebenwirkung nach Wiedereinnahme des Arzneimittels erneut eingetreten? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend					
Arzneimittel oder Impfstoff(e) <i>Geben Sie nachstehend alle Arzneimittel an, die der Patient bei oder zeitnah vor dem Auftreten der unerwünschten Nebenwirkung eingenommen hat (einschließlich Arzneimittel, die zur Behandlung chronischer Krankheiten eingenommen werden und nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel). Kreuzen Sie bitte das Feld „verdächtig“ bei dem (den) Arzneimittel(n) an, das/die vermutlich die unerwünschte(n) Nebenwirkung(en) verursacht hat/haben.</i>					
Handelsname oder international gebräuchliche Bezeichnung (DCI)	Es besteht der Verdacht, dass das Arzneimittel bzw. der Impfstoff die Nebenwirkung verursacht:	Dosierung (Dosis und Häufigkeit)	Datum des Beginns der Behandlung (TT/MM/JJJJ)	Datum des Endes der Behandlung (TT/MM/JJJJ)	Grund der Bearbeitung



1.	☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Meinung		__/__/__	__/__/__ ☐ Behandlung wird fortgesetzt	
2.	☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Meinung		__/__/__	__/__/__ ☐ Behandlung wird fortgesetzt	
3.	☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Meinung		__/__/__	__/__/__ ☐ Behandlung wird fortgesetzt	
4.	☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Meinung		__/__/__	__/__/__ ☐ Behandlung wird fortgesetzt	

Was wurde in Bezug auf das Arzneimittel unternommen?

- ☐ Unterbrechung der Behandlung
☐ Änderung der Dosis, bitte angeben (Dosis und Datum):
☐ Keine Änderung der Dosis
☐ Nicht bekannt
☐ Nicht zutreffend

Liegt im Zusammenhang mit dem (den) verdächtigen Arzneimittel(n) Ihrer Meinung nach auch Folgendes vor:

- ☐ Arzneimittelmissbrauch
☐ Medikationsfehler
☐ Falsche Anwendung
☐ Überdosis eines Arzneimittels
☐ Kontakt mit einem Arzneimittel am Arbeitsplatz

Kontaktdaten der meldenden Person

Name : _____ Vorname : _____
Qualifikation: _____

Ich bitte um Kontaktaufnahme

- ☐ per E-Mail _____
☐ Telefonisch (bitte auch Ländervorwahl angeben) _____
☐ per post
Hausnummer : _____
Straße, Postleitzahl : _____
Land : _____



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular:

- wenn möglich per E-Mail an das CRPV und die DPM
- oder per Post an eine der nachstehend angegebenen Adressen

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy

oder

Division de la pharmacie et des médicaments

E-mail : crpv@chru-nancy.fr

E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu

Tél : +33 3.83.65.60.85

Tél : +352 247 85592

Fax : +33 3.83.65.61.33

Adresse physique:

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy

Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie (BBB)

CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois

Rue du Morvan

54 511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX, France

Adresse physique:

Division de la pharmacie et des médicaments

Direction de la Santé

2a, rue Thomas Edison

L-1445 Strassen