

نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية

• معلومات المريض			
اسم المريض:		الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى	
العمر:			
• معلومات الدواء			
اسم الدواء:		الجرعة اليومية:	
تاريخ بداية استخدام الدواء:		تاريخ نهاية استخدام الدواء:	
طريقة أخذ الدواء:		مدة العلاج:	
سبب أخذ الدواء:			
• تفاصيل الأعراض الجانبية:			
وصف العرض الجانبي:		تاريخ بداية العرض الجانبي:	
تاريخ نهاية العرض الجانبي:			
<input type="checkbox"/> تعافى دون مشاكل صحية أخرى <input type="checkbox"/> يتعافى <input type="checkbox"/> تعافى مع مشاكل صحية أخرى <input type="checkbox"/> بيانات غير معروفة / لا توجد			
درجة الخطورة:		<input type="checkbox"/> غير خطير	
النتائج بعد توقف استخدام الدواء:		<input type="checkbox"/> خطير	
<input type="checkbox"/> موت <input type="checkbox"/> تهدد الحياة <input type="checkbox"/> الاستشفاء من إلى <input type="checkbox"/> إطالة الاستشفاء من إلى <input type="checkbox"/> العجز / العجز المستمر / الكبير <input type="checkbox"/> عيب خلقي <input type="checkbox"/> أخرى ذات أهمية طبية			
الدواء الذي تم أخذه لعلاج العرض الجانبي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم يرجى التحديد:.....			

• معلومات المُبلِّغ:			
اسم المُبلِّغ:		تاريخ الإبلاغ:	
رقم الجوال:			
البريد الإلكتروني:		التوقيع:	