

ALLEGATO 4

Modello di scheda per la comunicazione di effetti indesiderati dal cittadino

Comunicazione di effetti indesiderati dei farmaci
 (da compilarsi a cura del Cittadino e da trasmettere al Responsabile di
 Farmacovigilanza della struttura sanitaria d'appartenenza - ASL)

1) Quale reazione indesiderata ha osservato?			
2) Quando?			
3) Quanto è durata?			
4) Quali medicinali stava prendendo?	5) Quante volte al dì?	6) Da quando tempo?	7) Per quale disturbo?
a fiale			
b supposte			
c uso locale			
d per bocca			
e			
f			
8) Il farmaco le è stato prescritto dal medico?	SI	NO	
9) L'aveva già preso in passato?	SI	NO	
10) Ha mai avuto la stessa reazione?	SI	NO	
11) Con quale medicinale?			
12) Chi è il suo medico curante? (Cognome, nome, indirizzo e telefono)			
13) Lo ha informato?			
		SI	NO
14) Come è stata curata la reazione?			
- sospeso il medicinale		SI	NO
- ridotta la dose		SI	NO
altro (specificare)			
15) Adesso la reazione è scomparsa? (barrare la risposta desiderata)			
SI completamente		NON del tutto	NO
Indirizzo e numero di telefono del paziente		Data	
		FIRMA	