

Thalidomide meldformulier voor bijwerkingen

Dossier nr: _____

Nieuw

Vervolgverslag

Voor studies vul in: Protocol: Site nummer: Patiëntnummer:		
Uitsluitend voor gebruik door het bedrijf		
Datum van ontvangst:	Ontvangen door: (Naam en organisatie – bijvoorbeeld CRO, of een vertegenwoordiger)	Voor klinische studies: Protocol nummer: Site nummer: Patiënt nummer:.....
Bron <input type="checkbox"/> Spontaan <input type="checkbox"/> Op verzoek <input type="checkbox"/> Lit. <input type="checkbox"/> Anders, Specificeer:		

Verdacht geneesmiddel

Geneesmiddel, toedieningsvorm, sterkte, toedieningsweg	Dosis en frequentie	Lot/Batch nummer	Startdatum geneesmiddel	Stopdatum geneesmiddel	Causaal verband met geneesmiddel Causaal verband 1 = Niet gerelateerd 2= Gerelateerd	Indicatie voor het gebruik van het geneesmiddel

GENOMEN MAATREGELEN

- Dosisverlaging – Specificiëren
- Dosisverhoging – Specificiëren
- Permanent gestopt
- Tijdelijk onderbroken
- Geen
- Onbekend
- Niet van toepassing

PATIËNTGEGEVENS

Initialen:	Geboortedatum:	Leeftijd:	Gewicht:	Lengte:	Geslacht:
------------	----------------	-----------	----------	---------	-----------

BIJWERKING	
Beschrijving van de bijwerking (geef diagnose indien beschikbaar) – symptomen en behandeling	Begindatum bijwerking: Einddatum bijwerking:
Heeft de bijwerking geresulteerd in een ziekenhuisopname of in een verlenging hiervan?	

Verloop van de vermoedelijke bijwerking	
<input type="checkbox"/> Hersteld <input type="checkbox"/> Hersteld met restletsel <input type="checkbox"/> Niet hersteld <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Overlijden	Datum van overlijden:
	Oorzaken van overlijden:
	Als een autopsie is uitgevoerd, gelieve het autopsierapport mee te sturen Gelieve de relevante labresultaten ter bevestiging toe te voegen.

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Huidige of voorgaande relevante medische voorgeschiedenis
(inclusief gelijktijdige ziekte, allergie, roken, alcoholmisbruik)

Ja, gelieve te specificeren

Geen

Onbekend

ANDERE GENEESMIDDELEN

Geneesmiddelen die tijdens de 3 maanden voorafgaand aan het voorval zijn toegediend

Geneesmiddel, toedieningsvorm, sterkte, toedieningsweg	Dosis en frequentie	Startdatum geneesmiddel	Stopdatum geneesmiddel	Indicatie voor het gebruik van het geneesmiddel

Gegevens melder

- Dokter Verple(e)g(st)er Apotheker Patiënt Aanverwant
 Andere, gelieve te specificeren

Naam:

Land:

Fax:

Adres:

Telefoon:

E-mail:

Naam van de apotheek

.....

E-mail

.....

Handtekening

Datum van bewustwording bijwerking

Deze sectie is alleen van toepassing als de melder de patiënt of iemand anders is dan de voorschrijver/arts/zorgverlener

Kies er een, indien van toepassing:

- Ik verleen Milstein C.V. toestemming om contact op te nemen met de voorschrijver/arts/zorgverlener die mij/de getroffen patiënt heeft behandeld wanneer de bijwerking plaatsvond en hem/haar machtigen om gegevens te verstrekken uit mijn medisch dossier met betrekking tot de gebeurtenis(sen) die plaatsvonden.

- Nee, ik verleen Milstein C.V. geen toestemming om contact op te nemen met de voorschrijver/arts/zorgverlener die mij/de patiënt heeft behandeld.

Als u Milstein C.V. toestemming verleent, geef dan a.u.b. de informatie van de voorschrijver/arts/zorgverlener.

Naam:

Land:

Fax:

Adres:

Telefoon:

E-mail: