



ARZNEIMITTELINFORMATION UND MELDESYSTEM „ROTE HAND“



Sehr geehrte Meldepflichtige!

BITTE MELDEN

Sie mittels umseitiger Meldekarte alle jene Fälle von Arzneimittel-Nebenwirkungen, die Ihnen auf Grund Ihrer beruflichen Tätigkeit bekannt werden – auch Verdachtsfälle und Beobachtungen, die schon längere Zeit zurückliegen-, an

**Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
Institut Pharmakovigilanz
Schnirchgasse 9, 1030 Wien
Fax: 050 555-36207**

Alle **Angaben**, die Sie als Melder betreffen bzw. die zur Identifizierung des Patienten dienen könnten, **werden streng vertraulich behandelt** (keine Weitergabe an Dritte wie z.B. pharmazeutische Firmen). Ihre Meinung dient **ausschließlich zur Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses** von Arzneimitteln.

Bitte melden Sie im Sinne des § 75a des Arzneimittelgesetzes (Meldepflicht) **SOFORT** und **DIREKT an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen – Institut Pharmakovigilanz** - um eine Verzögerung notwendiger Maßnahmen zu vermeiden.

**IHRE MELDUNG IST EIN WICHTIGER BEITRAG
ZUR ARZNEIMITTELSICHERHEIT !**

Bitte füllen Sie diese Karte möglichst vollständig aus. Die Meldung wird vertraulich behandelt!

MELDUNG ÜBER EINE ARZNEIMITTEL-NEBENWIRKUNG

(auch VERDACHTSFÄLLE)

Patient (Initialen – Vorname, Familienname)	Geburtsdatum	Geschlecht	Größe	Gewicht	SSW
Beschreibung der Nebenwirkung (ggf. mit Laborparametern)					
Datum / Zeit des Auftretens					
Verwendete Arzneimittel Genauere Bezeichnung (bei Parenteralia unbedingt Chargenbezeichnung) Verursacher der Nebenwirkung bitte mit X kennzeichnen!		Dosierung und Anwendungsart	Dauer der Anwendung von bis	Grund der Anwendung	
Weitere Erkrankungen (z.B. Arzneimittel früher vertragen, Nikotin, Alkohol usw.), andere Erkrankungen, Grundkrankheiten					
Behandlung der Nebenwirkung					
Verlauf der Nebenwirkung					
tödlich <input type="checkbox"/>	lebensbedrohlich <input type="checkbox"/>	Spitalsaufenthalt <input type="checkbox"/>	bleibende oder schwerwiegende <input type="checkbox"/>		
Todesursache		erforderlich / verlängert	Behinderung / Invalidität		
	kongenitaler Schaden <input type="checkbox"/>		keines der genannten <input type="checkbox"/>		
Ausgang der Nebenwirkung					
wiederhergestellt <input type="checkbox"/>	noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/>	bleibender Schaden <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>		
Zusammenhang NW/ verdächtigtes Arzneimittel:					
gesichert <input type="checkbox"/>	wahrscheinlich <input type="checkbox"/>	möglich <input type="checkbox"/>	unwahrscheinlich <input type="checkbox"/>	unbeurteilt <input type="checkbox"/>	nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>
Proben (möglichst gleiche Charge bzw. angebrochene Packung) zur Laboruntersuchung eingesandt an AGES PharmMed, Institut OMCL, Zimmermannsgasse 3, 1090 Wien ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Meldender (Name, Adresse, Telefonnummer und E-mail)					
Stampiglie/Datum, Unterschrift					