**Vorgehen bei einer Unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW), Vorkommnis, Produkteunverträglichkeit oder qualitativen Beanstandung:**

|  |
| --- |
| \***Retouren**Bitte beachten Sie das Retouren-Reglement von ebi-pharm ag (<http://www.ebi-pharm.ch/zertifikate-und-formulare>). Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass eine Gutschrift nur veranlasst werden kann, wenn das UAW-Formular vollständig ausgefüllt und die beanstandete Ware vorliegend ist. |

|  |
| --- |
| **\*\*Arzneimittelsicherheit. Geteilte Verantwortung!**„*Werden im Rahmen der Pharmakotherapie bei einem Patienten meldepflichtige unerwünschte Wirkungen beobachtet, so muss – trotz Zusatzaufwand für den Primärmelder – zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit Meldung […] erstattet werden. Dies nicht nur aus rechtlichen, sondern auch aus ethischen Gründen.“* Swissmedic Vigilance News / Edition 19 – November 2017Bitte reichen Sie vollständig dokumentierte Fälle / ausgefüllte UAW-Formulare ein. Bitte verwenden Sie zur Meldung einer UAW das Formular auf Seite 2. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt! |

|  |  |
| --- | --- |
| **Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW), Vorkommnis oder Produktunverträglichkeit** | N° ebi-pharm: |
| Pat. Initialen | Geburtsdatum | Geschlecht | Gewicht | Grösse | Beginn der UAW | Dauer der UAW |
|   |  |   |  |   |   |   |   |      |  | [ ]  | [ ]  |   |     |  |     |  |   |   |   |   |      |       |
| Vorname | Name | Tag | Monat | Jahr | Weibl. Männl. | kg | cm | Tag | Monat | Jahr |  |
| **Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung /Vorkommnis/ Produktunverträglichkeit**(Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf):       | Latenzzeit der UAW\* |
|       |
| \* Zeit zwischen Gabe des Produk- tes und Auftreten der UAW |
| [ ]  Fortsetzung s. Rückseite**Relevante Untersuchungsereignisse** (z.B. Laborwerte mit Datum, evt. Kopien beilegen):       |
| Traten die Symptome nach jeder Anwendung auf? [ ]  ja [ ]  neinFalls ja, waren sie nach jeder Anwendung**:** [ ]  gleich stark [ ]  nahmen ab [ ] wurden immer stärker |
| **Allfällige Therapie der UAW**: Was haben Sie nach Auftreten der Symptome gemacht?      Produkt abgesetzt: [ ]  ja [ ]  neinMedizinische Fachperson aufgesucht: [ ]  Arzt [ ]  Drogerie/Apotheke Seine Diagnose/Behandlung:       |
| Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch? Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe?[ ]  ja [ ]  nein [ ]  anderes:       [ ]  ja [ ]  nein [ ]  anderes:       |
| [ ]  ohne Schaden erholt [ ]  noch nicht erholt [ ]  anderes:       |
| **Folgen der vermuteten UAW:** [ ]  Tod [ ]  lebensbedrohend [ ]  bleibende Schädigung/Behinderung |
| [ ]  Hospitalisation verlängert [ ]  Hospitalisation [ ]  vorübergehend schwer beeinträchtigt / medizinisch wichtig |
| **Um welches Produkt handelt es sich?** |
| Markenname  | Lot-Nr. / Verfall | Tagesdosis | Applikations-weg  | Gegeben\* von bis | Indikation |
|       |  |       |  |       |  |       |  |       |       |       |
| **Weitere, gleichzeitig eingesetzte Produkte** |
|       |  |       |  |       |  |       |  |       |       |       |
|       |  |       |  |       |  |       |  |       |       |       |
|  |
| Wo haben sie das Produkt gelagert?      War die Packung:neu angebrochen [ ]  seit längerer Zeit geöffnet [ ] \* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre) |
| **Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren** |
| Krankheiten:       | Allergien, Unverträglichkeiten:       |
| Schwangerschaft / Stillzeit:       | Alkohol:       | Stress:       |
| Sonnenexposition:       | Rauchen:       | Urlaub:       |

**Absender oder Stempel der Fachperson:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |       |  | Telefon |       |
| Adresse |       |  | Fax |       |
|  |       |  | e-Mail |       |
|  |       |  |  |  |

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Kontaktaufnahme erwünscht