**Procedimento in caso di reazione avverse (RA) / un’intolleranza ad un prodotto, incidente o un reclamo qualitativo:**

|  |
| --- |
| \***Ritorni**  La preghiamo di tenere conto del regolamento per la restituzione della merce di ebi-pharm ag (<https://www.ebi-pharm.ch/fr/certificats-et-formularies>).  Le preghiamo di prendere atto che una nota di credito può essere rilasciata soltanto se il formulario RA viene compilato interamente e il prodotto viene restituito a ebi-pharm ag. |

|  |
| --- |
| **\*\*Sicurezza dei farmaci. Responsabilità condivisa!**  „Se durante una terapia con dei farmaci si osservano delle reazioni avverse, è obbligatorio e doveroso notificarle – anche qualora comporti del lavoro aggiunto – per migliorare la sicurezza dei farmaci. Questo non solo per ragioni legali, ma soprattutto per ragioni etiche*. “* Swissmedic Vigilance News / Edition 19 – November 2017  La preghiamo di segnalarci ogni caso in modo ben documentato / compilando il formulario delle reazioni averse. La preghiamo di utilizzare per le segnalazioni il formulario RA sulla pagina 2. Il trattamento dei dati è confidenziale! |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Notifica di reazione avverse (RA) da farmaci, incidenti o intolleranza ad un prodotto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° ebi-pharm: | | Iniziali patiente | | | | Data di nascita | | | | | | Sesso | | | Peso | | Altezza | | RA iniziata il | | | | | Durata della RA | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | nome | | cognome | | giorno | | mese | | anno | | femm. masch. | | | kg | | cm | | giorno | | mese | | anno |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Descrizione della reazione avversa / incidente / intolleranza al prodotto osservata**  (Diagnosi, sintomi, segni clinici, evoluzione): | | | | | | | | | | | | | | Periodo di latenza della RA\* |
|  |
| \* tempo trascorso tra la somministrazione del farmaco e l’inizio della RA |
| continuazione sul retro  **Risultati di ev. esami** (es. valori di laboratorio con data, aggiungere eventuali copie): | | | | | | | | | | | | | | |
| I sintomi, sono apparsi dopo ogni utilizzo? si  no  Se si, dopo ogni utilizzo erano  ugualmente intensi  di intensità inferiore  sempre più forti | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Terapie della RA:** Cosa ha fatto dopo la manifestazione dei sintomi? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prodotto somministrato: si  no  Consultazione presso:  medico  Drogheria / Farmacia La sua diagnosi e trattamento: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miglioramento della sintomatologia dopo l’interruzione della terapia?Peggioramento dopo la riesposizione al farmaco?  si  no  altro:        si  no  altro:  guarigione completa non ancora ristabilito/a  altro | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Conseguenze della RA**  decesso pericolo di vita  lesioni permanenti / invalidità  ricovero in ospedale  ricovero prolungato  grave incapacità transitoria / rilevanza particolare | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Di che prodotto si tratta?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome commerciale | N° di lotto/scadenza | | | | Dosaggio giornaliero | | Modalità d‘applicazione | | | Somministrazione\*  dal al | | | Indicazione | | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
| **Altri farmaci somministrati contemporaneamente** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dove ha conservato il prodotto?     L’imballaggio era: aperto nuovo  aperto da tanto tempo  \* Data o durata della somministrazione (numero Giorni / Mesi / Anni) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Altre malattie rilevanti o fattori predisponenti** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Malattie: | | | Allergie / Intolleranze: | | | | | | | | | | | | | |
| Gravidanza / Allattamento: | | | Alcol: | | | | | Stress: | | | | | | | | |
| Esposizione al sole: | | | Tabagismo: | | | | | Vacanze: | | | | | | | | |

**Mittente o timbro del professionista:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome |  |  | Tel |  |
| Indirizzo |  |  | Fax |  |
|  |  |  | e-mail |  |
|  |  |  |  |  |

Data, Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Presa di contatto desiderata