zur Rose

Segnalazione di reazioni avverse ai farmaci (ADR)

Se durante l'assunzione dovessero insorgere reazioni avverse direttamente correlate al farmaco o se dovesse notare difetti di qualità, La preghiamo gentilmente di inviarci il seguente questionario e, se possibile, il farmaco stesso o di contattarci direttamente.

Dati del paziente

Cognome, nome: _____

N. cliente (se presente): _____

Via, numero civico: _____

NPA, luogo: _____

Tel: _____

Indirizzo e-mail: _____

Sesso: o m o w Data di nascita: _____

Denominazione del farmaco

Forma galenica (capsule, compresse ecc.): _____

Confezione da: _____

Produttore: _____ Numero di lotto: _____

Data di acquisto: _____ Da consumarsi entro: _____

Reclami sul farmaco (dichiarazione, imballaggio, degradazione, cambiamenti di colore, intorbidimento ecc.)

Quali difetti qualitativi sono stati riscontrati? _____

_____

Dove ha conservato il farmaco? _____

A cosa attribuisce i difetti? _____

_____

La preghiamo di inviarci il farmaco nella confezione originale.

Contestazioni dovute a reazioni avverse al farmaco:

Quali effetti indesiderati si sono presentati? _____

_____

Con quale dosaggio ha assunto/utilizzato il farmaco? _____

_____

Da quando assume/utilizza il farmaco? _____

Sta utilizzando/ha utilizzato altri farmaci allo stesso tempo? Se sì, quali? _____

_____

Continua ad assumere il farmaco nonostante gli effetti collaterali? _____

Data _____ **Firma** _____

Zur Rose Suisse AG | Walzmühlestrasse 60 | Postfach | 8500 Frauenfeld
T 0800 711 444 | team@zurrose.ch | zurrose.ch

170 FB 402 IT
Version: 4