

## نموذج الإبلاغ عن الآثار العكسية للأدوية

إن الإبلاغ عن الآثار العكسية أمر حيوي وهام لتحقيق الاستخدام الآمن للدواء. كما أن المعلومات الكافية المقدمة من قبل المرضى تمكن الشركة من تقدير مدى مأمونية المستحضرات الدوائية المتداولة. يتم التعامل مع المعلومات الواردة في هذا التقرير بسريته تامة بما في ذلك هوية المريض ومقدم التقرير. البيانات التي تحمل العلامة (\*) إلزامية.

| تاريخ استيفاء التقرير *                                                                               |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| بيانات مقدم التقرير (الذي قام باستيفاء التقرير ولاحظ ظهور الأثر العكسي)                               |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| الطبيب                                                                                                | الصيدلي             | المرمضة                                                                       | المريض         | أقارب/أصدقاء/مقدم الرعاية الصحية للمريض    | أخري (من فضلك حدد)                               |
| (1) الاسم *                                                                                           |                     | (2) التخصص (للأطباء) *                                                        |                |                                            |                                                  |
| (3) رقم الهاتف *                                                                                      |                     | (4) عنوان العمل                                                               |                |                                            |                                                  |
| (5) البريد الإلكتروني                                                                                 |                     | (6) هل من المقبول أن نتصل بك إذا كان لدينا المزيد من الأسئلة حول هذا التقرير؟ |                |                                            |                                                  |
|                                                                                                       |                     | نعم / لا                                                                      |                |                                            |                                                  |
| بيانات المريض                                                                                         |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (1) اسم المريض/ الحروف الأولية *                                                                      |                     | (2) الدولة *                                                                  |                | (3) تاريخ الميلاد *                        |                                                  |
| (4) النوع * (ذكر / أنثى) ( )                                                                          |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| إذا كانت المريضة أنثى (حامل / تخطط للحمل / ترضع / غير ذلك )                                           |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| بيانات الأدوية المشتبه بها                                                                            |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| رقم التشغيل                                                                                           | تاريخ توقف العلاج * | تاريخ بدء العلاج *                                                            | يستخدم لعلاج * | الجرعة اليومية وطريقة تناول *              | إسم الدواء (الإسم التجارى أو العلمى / التركيز) * |
|                                                                                                       |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
|                                                                                                       |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
|                                                                                                       |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (1) كم عدد الجرعات التي تم تناولها منذ بدء العلاج حتى ظهور الأثر العكسي لأول مرة؟                     |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (2) هل تم تغيير الجرعة بعد حدوث الأثر العكسي؟                                                         |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| ( ) لم يتم تغيير الجرعة / تم التوقف عن تناول الدواء / تم إنقاص الجرعة / تم زيادة الجرعة / لا أعرف ( ) |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| إذا تم التوقف أو نقص أو زيادة جرعة الدواء                                                             |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| فهل تحسنت الآثار العكسية كنتيجة للإجراء المتخذ؟ (نعم / لا / لا أعرف )                                 |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| إذا كانت الإجابة السابقة نعم                                                                          |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| فهل عاد المريض إلى تناول الدواء بنفس الجرعات الأساسية؟ (نعم / لا / لا أعرف )                          |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| إذا كانت الإجابة السابقة نعم                                                                          |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| فهل عادت الآثار العكسية مرة أخرى؟ (نعم / لا / لا أعرف )                                               |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| الآثار العكسية                                                                                        |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (1) من فضلك صف الأثر العكسي الذى ظهر *                                                                |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (2) تاريخ بدء الأثر العكسي *                                                                          |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (3) تاريخ انتهاء الأثر العكسي *                                                                       |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (4) هل كان الأثر العكسي خطيرا؟ * (وفقا لأسباب الخطورة المذكورة انحاء)                                 |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (تسبب بالوفاه)                                                                                        |                     | (تسبب فى دخول المريض فى المستشفى)                                             |                | (تسبب فى اصابة فترة مكوث المريض بالمستشفى) |                                                  |
| تسبب فى تشوهات خلقية بالاجنة                                                                          |                     | تطلب تدخل طبي أو جراحي لعلاج الأثر العكسي                                     |                | ليس خطيرا ( )                              |                                                  |
| (5) ما هى نتيجة الأثر العكسي؟                                                                         |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| ( ) تعافى تماما / بدء فى التعافى / مستمر / لا أعرف ( )                                                |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| فى حالة الوفاة                                                                                        |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| - تاريخ الوفاة                                                                                        |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| - تقرير الطب الشرعي (إن أمكن يرجى إرفاقه)                                                             |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| فى حالة دخول المريض الى المستشفى                                                                      |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| تاريخ دخول المستشفى                                                                                   |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| تاريخ الخروج من المستشفى                                                                              |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| بيانات الأدوية المصاحبة                                                                               |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (يرجى إدراج الادوية التى قمت بتناولها خلال شهر قبل ظهور الأثر العكسي)                                 |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| رقم التشغيل                                                                                           | تاريخ توقف العلاج   | تاريخ بدء العلاج                                                              | يستخدم لعلاج   | الجرعة اليومية وطريقة تناول                | إسم الدواء (الإسم التجارى أو العلمى / التركيز)   |
|                                                                                                       |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
|                                                                                                       |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
|                                                                                                       |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| بيانات مندوب دعاية الشركة                                                                             |                     |                                                                               |                |                                            |                                                  |
| (1) الاسم                                                                                             |                     | (2) رقم الهاتف                                                                |                | (3) مكتب علمي                              |                                                  |

| المكتب العلمي                                                    |                                             |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ٤. ش حسن المأمون - مدينة نصر - القاهرة - جمهورية مصر العربية     |                                             |
| البريد الإلكتروني الخاص بإدارة اليقظة: utopiapharma.pv@gmail.com | رقم الهاتف الخاص بإدارة اليقظة: ٠١١١٠٢٠٢٢٢٧ |
| الموقع الإلكتروني: www.utopiapharma.com                          | تليفون: ٠٢٣٤٩٨١٤٢ - ٠٢٣٤٩٨١٤٣ - ٠٢٣٤٩٨١٤٤   |