

A. HASTAYA AİT BİLGİLER						2. Ciddiyet Kriteri				
1. Hastanın Adı ve Soyadının Baş Harfleri:		2. Doğum Tarihi:			2a. Yaş:	3. Cinsiyet Kadın Erkek	4. Boy: _____ cm	5. Ağırlık: _____ kg	Ciddi Ciddi olmayan	
		Gün	Ay	Yıl					Ciddi ise aşağıdaki seçeneklerden uygun olanı işaretleyiniz: Ölüm Gün Ay Yıl Hayatı Tehdit Edici Hastaneye Yatışa Sebep Olma ve/veya Yatış Süresini Uzatma (...gün) Kalıcı veya Belirgin Sakatlığa veya İş göremezliğe Neden Olma Konjenital Anomali ve/veya Doğum Kusuru Tıbbi olarak önemli (lütfen açıklayınız)	
B. ADVERS ETKİ (LER)								Hasta öldü ise ölüm nedeni:		
1. Advers Etkiyi Tanımlayınız			Başlangıç Tarihi (Gün / Ay / Yıl)	Bitiş Tarihi (Gün/ Ay/Yıl)	Sonuç			Otopsi yapıldı mı? Evet Hayır (Evet ise ilgili dökümanı ekleyin.)		
					İyileşti/Düzelde					
					İyileşiyor/Düzeliyor					
					Sekel Bırakarak İyileşti / Düzeldi					
					Devam Ediyor					
					Ölümlle sonuçlandı					
					Bilinmiyor Diğer					
3. Laboratuvar Bulguları ( Tarihleriyle birlikte - Gün / Ay / Yıl )										
4. İlgili Tıbbi Öykü / Eş Zamanlı Hastalıklar: ( Örneğin: Allerji, gebelik, sigara ve alkol kullanımı, hepatik/renal yetmezlik, diyabet, hipertansiyon...v.b) Konjenital anomaliler için gebelikte annenin aldığı tüm ilaçlar ve maruz kaldığı hastalıklar ile birlikte son menstruasyon tarihini de belirtiniz. ( Gün / Ay / Yıl )										
C. KULLANILAN TIBBİ ÜRÜN(LER)										
1. Şüphelenilen İlacın Adı:	2. Veriliş Yolu:	3. Günlük Doz:	4. İlaça Başlama Tarihi (gün/ay/yıl)	5. İlacın Kesildiği Tarih (gün/ay/yıl)	6. Endikasyon yonu:	7. İlaç kesildi mi?	8. İlaç kesilince veya doz azaltılınca advers etki azaldı mı?	9. İlaç Yeniden Verildi mi?	10. İlaç Yeniden Verilince Advers Etki Tekrarladı mı?	
			İlaça Devam Ediliyorsa DEVAM Yazınız, Bilinmiyorsa Kullanım Süresini Veriniz.			Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	
						Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	
						Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	Evet Hayır Bilinmiyor	
11. Eş Zamanlı Kullanılan İlaç(lar): (Oluşan Advers Etkinin Tedavisi için Kullanılanlar Hariç)										
						12. Diğer Gözlemler ve Yorum: (Kullanılan Beşeri Tıbbi Ürünün Kalitesi ile İlgili Bir Sorundan Şüpheleniliyorsa, Lütfen Şüphelenilen Ürünün Seri Numarası ve Son Kullanma Tarihi ile Birlikte Bu Sorunu Belirtiniz. )				
13. Advers Etkinin Tedavisi: (tedavi için kullanılan ilaçlar ve kullanım tarih (gün/ay/yıl) leriyle birlikte)										
D. BİLDİRİM YAPAN KİŞİYE AİT BİLGİLER					E. RUHSAT/İZİN SAHİBİNE AİT BİLGİLER (Yalnızca ruhsat/izin sahibi tarafından yapılan bildirimlerde doldurulacaktır):					
1. Adı, Soyadı :		2. Meslek :		1. Ruhsat/izin Sahibinin Adı :		1a. İletişim Bilgileri: Tel: Faks: Adres:				
		3. Tel. No:								
4. Adresi :		5. Faks :		2. Ürün Güvenliği Sorumlusunun Adı ve Soyadı:		2a. Tel: Faks: E-posta.				
		6. E-posta:								
7. İmza :		8. Rapor firmaya da bildirildi mi? Evet Hayır Bilinmiyor		2b. Adresi:		2c. İmzası:				
9. Rapor Tarihi:		10. Rapor tipi: İlk Takip		3. Ruhsat/izin Sahibinin rapor numarası:						
		Kayıt no:		4. 4. Ruhsat/izin Sahibinin İlk Haberdar Olma Tarihi:						
				5. Raporun TÜFAM'a bildirilme Tarihi:						
				6. Rapor tipi: İlk Takip						



**ADVERS REAKSİYON  
BİLDİRİM FORMU  
TÜRKİYE FARMAKOVİJİLAN MERKEZİ**

e-posta: T  
ekleyebilirsiniz

e-posta: [tufam@titck.gov.tr](mailto:tufam@titck.gov.tr) ; faks: 0(312) 218 35 99 ; tel:0(312) 218 30 00; Formu mümkün olduğunca tam doldurunuz.. Forma sayfa