



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان غذا و دارو

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

[Empty box for patient ID or registration number]

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده :

۱- مشخصات بیمار :  
نام و نام خانوادگی :  
سن :  
وزن :  
جنس :  مذکر  مؤنث  باردار  
محل سکونت :  
تلفن :

۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار :

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی : / /  
۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است ؟

۶- سابقه بیمار : ( آلرژی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی و اعتیاد ... ) :

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟  بلی  خیر  دارو قطع نشده است  
۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟  بلی  خیر  دارو مجدداً مصرف نگردید

۹- سرانجام عارضه دارویی :  بهبودی  عدم بهبودی  نقص عضو  مرگ  سایر موارد :  
۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟  بلی  خیر

۱۱- یافته های دارویی پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده :

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه :

نام دارو	شکل و قدرت دارویی *	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

۱۳- سایر دارو های مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه :

نام دارو	شکل و قدرت دارویی *	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

توضیحات :

\* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده مؤثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. ( به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و....)