نموذج الإبلاغ عن الأثار الجانبية

بيانات المريض الذي تعرض للآثر الجانبي	
تاريخ الميلاد: العمر:	جنس المريض: □ ذكر □ انثى
معلومات الدواء	
اسم الدواء التجاري: اسم الدواء العلمي:	رقم التشغيلة: تاريخ الانتهاء : دواعي الاستعمال لدواء:
كيف حصلت على الدواء؟ □ من الصيدلية المجتمعية بوصفة طبية □من الصيدلية المجتمعية بدون وصفة طبية □ من صيدلية المستشفى □اخرى/حدد ----------	
وصف الآثر الجانبي اللي تعرض له المريض	
---------- ---------- ---------- ---------- -------- ---------- تاريخ بدء الأعراض:	
مدى ارتباط الدواء المذكور بالآثر الجانبي: □ مرتبط □ غير مرتبط □ غير معروف	
هل زال الآثر الجانبي؟ □ نعم □ لا التاريخ: حالة المريض الآن □ تعافى بشكل كامل، التاريخ: □لم يتحسن □ في طور التحسن	
بيانات معد التقرير	
الاسم:	الهاتف المحمول:
صلة القرابه للمريض:	البريد الالكتروني:
العنوان:	تاريخ اعداد التقرير:
يرجى إرسال نموذج الإبلاغ وإرفاق اي وثائق داعمة / او تقرير الى:	
المكتب العلمي لشركة ابسا السويسرية بالسعودية العليا، شارع التحليه، ابراج متون العقارية مكتب 103 . ص.ب:4667 الرياض 11412 السعودية هاتف: 4629682 11 966+ تحويله. 105 جوال:554456187 966+ البريد الإلكتروني: pv@ibsascientificoffice.sa. او من خلال صفحة التيقظ الدوائي في الموقع الالكتروني www.ibsascientificoffice.sa	

بيانات متعلقة بقسم التيقظ الدوائي بالشركة

تاريخ استلام التقرير:	اسم المستلم:
الدولة:	