

نموذج الإبلاغ عن الآثار الجانبية

بيانات المريض	
العمر*:	جنس المريض*: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى
اختصار اسم المريض:	الوزن: الطول:
معلومات الدواء	
اسم الدواء التجاري*: اسم الدواء العلمي*:	رقم التشغيل*: تاريخ الانتهاء:
تركيز الدواء*: دواعي استعمال الدواء: الجرعة/مدة العلاج:	شكل الدواء: <input type="checkbox"/> أقراص (حبوب) <input type="checkbox"/> حقن <input type="checkbox"/> لاصقات <input type="checkbox"/> شراب <input type="checkbox"/> دهان/كريم للجلد <input type="checkbox"/> بخاخ <input type="checkbox"/> قطرات <input type="checkbox"/> اخرى/ حدد -----
كيف حصلت على الدواء? <input type="checkbox"/> من الصيدلية المجتمعية بوصفة طبية <input type="checkbox"/> من صيدلية المستشفى <input type="checkbox"/> من الصيدلية المجتمعية بدون وصفة طبية <input type="checkbox"/> اخرى/ حدد -----	
وصف العرض الجانبي الذي تعرض له المريض*	
----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
هل زال الأثر الجانبي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا التاريخ:
حالة المريض الآن؟	<input type="checkbox"/> تعافى بشكل كامل <input type="checkbox"/> لم يتحسن <input type="checkbox"/> في طور التحسن <input type="checkbox"/> غير معروف
بيانات معد التقرير	
الاسم*:	الهاتف المحمول*:
صلة القرابه للمريض:	البريد الإلكتروني*:
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: +966 11 4629682 تحويله. 105 جوال: +966 554456187 البريد الإلكتروني qppv@ibsagulf.com او من خلال صفحة التيقظ الدوائي في الموقع الإلكتروني www.ibsagulf.com	

* هذه الخانة مطلوبة

بيانات متعلقة بقسم التيقظ الدوائي بالشركة

تاريخ استلام التقرير:	اسم المستلم:
الدولة:	