



ARZNEIMITTELINFORMATION

Sehr geehrte Meldepflichtige!

BITTE MELDEN

Sie mittels umseitiger Meldekarte alle jene Fälle von Arzneimittel-Nebenwirkungen, die Ihnen auf Grund Ihrer beruflichen Tätigkeit bekannt werden – auch Verdachtsfälle und Beobachtungen, die schon längere Zeit zurückliegen-, an

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen

Traisengasse 5, 1200 Wien

Fax: 050 555-36207

E-Mail: nebenwirkung@ages.at

Alle **Angaben**, die Sie als Melder betreffen bzw. die zur Identifizierung des Patienten dienen könnten, **werden streng vertraulich behandelt** (keine Weitergabe an Dritte wie z.B. pharmazeutische Firmen). Ihre Meldung dient **ausschließlich zur Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses** von Arzneimitteln.

Bitte melden Sie im Sinne des § 75g des Arzneimittelgesetzes (Meldepflicht) **SOFORT und DIREKT an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen.**

IHRE MELDUNG IST EIN WICHTIGER BEITRAG ZUR ARZNEIMITTELSICHERHEIT!

Bitte beachten Sie auch die Möglichkeit der elektronischen Meldung unter:

<http://www.basg.gv.at>



Bitte füllen Sie diese Karte möglichst vollständig aus. Ihre Meldung wird vertraulich behandelt.

MELDUNG ÜBER EINE ARZNEIMITTEL-NEBENWIRKUNG

(auch VERDACHTSFÄLLE)

Patient (Initialen– Vor- , Familienname)	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Größe	Gewicht	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Schw.-Woche
Beschreibung der Nebenwirkung (ggf. mit Laborparameter)						
Datum / Zeit des Auftretens:						
Alle verwendeten Arzneimittel Genaue Bezeichnung (inkl. Chargennummer) verdächtigtes Medikament bitte mit X kennzeichnen!	Chargen - Nummer	Dosierung und Anwendungsart	Dauer der Anw. von - bis	Grund der Anwendung		
Weitere Erkrankungen (z.B. Arzneimittel früher vertragen, Nikotin, Alkohol usw.), andere Erkrankungen, Grundkrankheiten						
Behandlung der Nebenwirkung						
Verlauf der Nebenwirkung						
<input type="checkbox"/> tödlich	<input type="checkbox"/> lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Spitalsaufenthalt erforderlich / verlängert				
<input type="checkbox"/> bleibende oder schwerwiegende Behinderung / Invalidität	<input type="checkbox"/> kongenitaler Schaden	<input type="checkbox"/> keines der genannten				
Ausgang der Nebenwirkung						
<input type="checkbox"/> wiederhergestellt	<input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt	<input type="checkbox"/> bleibender Schaden	<input type="checkbox"/> unbekannt			
Zusammenhang NW / verdächtigtes Arzneimittel						
<input type="checkbox"/> gesichert	<input type="checkbox"/> wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> möglich	<input type="checkbox"/> unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> un beurteilt	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar	
Meldender (Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail)						
Stampiglie/Datum, Unterschrift						