

Alter (Jahre)

Geschlecht ₁ männlich

Einrichtungscod

₂ weiblich

Unerwünschte Ereignisse (AE / SAE)

1) Art des AE/SAE:

	Schwerwiegend	Intensität	Zusammenhang	Aktion / Ausgang
Beginn (TT/MM/JJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ ja *)	<input type="checkbox"/> ₁ leicht <input type="checkbox"/> ₂ mittel <input type="checkbox"/> ₃ stark	<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ möglich <input type="checkbox"/> ₃ Nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> ₄ nein	<input type="checkbox"/> ₁ keine <input type="checkbox"/> ₂ Dosis angepasst <input type="checkbox"/> ₃ Medikament gestoppt <input type="checkbox"/> ₄ Medikament abgesetzt
Ende (TT/MM/JJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="checkbox"/> ₁ wieder hergestellt <input type="checkbox"/> ₂ noch andauernd <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt

Angabe des Präparates (in Bezug zum AE/SAE?)

- ₁ Biologicum (Handelsname): _____
- ₂ DMARD (Handelsname): _____
- ₃ Cortison (Handelsname): _____
- ₄ Sonstiges (Handelsname): _____

2) Art des AE/SAE:

	Schwerwiegend	Intensität	Zusammenhang	Aktion / Ausgang
Beginn (TT/MM/JJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ ja *)	<input type="checkbox"/> ₁ leicht <input type="checkbox"/> ₂ mittel <input type="checkbox"/> ₃ stark	<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ möglich <input type="checkbox"/> ₃ Nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> ₄ nein	<input type="checkbox"/> ₁ keine <input type="checkbox"/> ₂ Dosis angepasst <input type="checkbox"/> ₃ Medikament gestoppt <input type="checkbox"/> ₄ Medikament abgesetzt
Ende (TT/MM/JJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="checkbox"/> ₁ wieder hergestellt <input type="checkbox"/> ₂ noch andauernd <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt

Angabe des Präparates (in Bezug zum AE/SAE?)

- ₁ Biologicum (Handelsname): _____
- ₂ DMARD (Handelsname): _____
- ₃ Cortison (Handelsname): _____
- ₄ Sonstiges (Handelsname): _____

***) Schwerwiegende unerwünschte Wirkungen müssen innerhalb von 24 Stunden mittels "Rote Hand" Formular an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / Institut für Überwachung, Traisengasse 5, 1200 Wien, gemeldet werden:**

Fax 050555-36207