



| SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI E A INTEGRATORI ALIMENTARI | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|--|
| <i>INFORMAZIONI SUL PAZIENTE</i> | | | | |
| 1. INIZIALI | 2. ETA' | 3. SESSO | 4. PESO CORPOREO | 5. ORIGINE ETNICA |
| 6. EVENTUALE STATO DI GRAVIDANZA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ settimana ALLATTAMENTO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | 7. DATA INSORGENZA REAZIONE | | |
| 8. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI | | 11. LA REAZIONE È MIGLIORATA CON LA SOSPENSIONE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | |
| | | 12. E' STATA ESEGUITA TERAPIA SPECIFICA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI QUALE? _____ | | |
| 9. EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI: | | 13. GRAVITÀ DELLA REAZIONE | | 14. ESITO |
| | | <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> MORTE | | <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> REAZIONE PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MORTE |
| 10. COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA PRODOTTO E REAZIONE | | | | |
| <input type="checkbox"/> CERTA <input type="checkbox"/> PROBABILE <input type="checkbox"/> POSSIBILE <input type="checkbox"/> DUBBIA <input type="checkbox"/> SCONOSCIUTA | | | | |
| <i>INFORMAZIONI SUL PRODOTTO</i> | | | | |
| 15. PRODOTTO SOSPETTO <i>(indicare la denominazione e la composizione come descritte in etichetta)</i> | | | | |
| 15-a QUALIFICA DEL PRODOTTO | | 15-b PRODUTTORE | | |
| <input type="checkbox"/> GALENICO <input type="checkbox"/> PRODOTTO ERBORISTICO <input type="checkbox"/> INTEGRATORE <input type="checkbox"/> ALIMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ | | | | |
| 16. DOSAGGIO / DIE | 17. VIA DI SOMMINISTRAZIONE | 18. DURATA DELL'USO DAL AL | 19. RIPRESA DELL'USO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO RICOMPARSA DEI SINTOMI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| 20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL PRODOTTO È STATO ASSUNTO O PRESCRITTO | | | | |
| 21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO | | | | |
| 22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI (specificare) _____ | | | | |
| 23. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISPONENTI | | | | |
| <i>INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE</i> | | | | |
| 24. QUALIFICA | | 25. DATI DEL SEGNALATORE | | |
| <input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> SPECIALISTA | | NOME E COGNOME INDIRIZZO TEL. FAX E-MAIL | | |
| 26. DATA DI COMPILAZIONE | | 27. FIRMA | | |

Inviare la scheda compilata al fax n. 06 49904248