**Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) N°**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pat. Initialen | | | | Geburtsdatum | | | | | | | | | Geschlecht | | | | Gewicht | | | Beginn der UAW | | | | | Dauer der UAW |
| ° |  | ° |  | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° |  |  |  |  |  | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | °°°° | °°°° |
| Vorname | | Name | | Tag | | Monat | | Jahr | | | | | Weibl. | | Männl. | | kg | | | Tag | | Monat | | Jahr |  |
| **Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung**  (Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf): °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Latenzzeit der UAW\* |
| °°°° |
|  |

|  |
| --- |
| °°°°° |

|  |
| --- |
| \* Zeit zwischen Gabe und UAW (bitte bei Impfreaktionen in Stunden angeben)  Fortsetzung s. Rückseite |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relevante Untersuchungsergebnisse** (z.B. Laborwerte mit Datum, Histologie, evtl. Kopien beilegen): °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Allfällige Therapie** **der UAW**: °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Folgen der vermuteten UAW** | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| Tod | | | Hospitalisation | | | | | | bleibende Schädigung oder Behinderung | | | | | | | |
| lebensbedrohend | | | Hospitalisation verlängert | | | | | | vorübergehend schwer beeinträchtigt / medizinisch wichtig | | | | | | | |
| ohne Schaden erholt | | | noch nicht erholt | | | | | | anderes: °°°°° | | | | | | | |
| Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch  ja  nein  anderes: °°°°° | | | | | | | | | Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe  von: .................................................................................................  ja  nein  anderes: °°°°° | | | | | | | |
| **Verdächtigte Arzneimittel** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Markenname | Lot-Nr.  (Biologika, z.B. Impfstoffe) | | | | Tagesdosis | | | Applik.  weg | | | gegeben | | | | Indikation | |
| von\* | bis\*\* | | |
| 1. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| 2. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| 3. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| **Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre) °°°°° \*\* Datum oder Dauer, wenn weitergegeben: WEITER | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schwangerschaft (letzte Periode am: °°°°°) | | | | | | Allergien: °°°°° | | | | | | | Rauchen: °°°°° | | | |
| Alkohol: °°°°° | | | | | | Nierenleiden: °°°°° | | | | | | | Kreatinin: °°°°° | | | |
| Leberleiden (Virusserologien): °°°°° | | | | | | | | | | | | | anderes: °°°°° | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bitte senden Sie die Meldung in verschlossenem Briefumschlag an das REGIONALE PHARMACOVIGILANCE – ZENTRUM Ihrer Wahl. Bei Versand mit Telefax bitte Rückseite nicht vergessen!** | | | | | | | |
| Absender oder Stempel: | | |  | |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |
| Name | °°°°° | | |  | Telefon | °°°°° | |
| Adresse | °°°°° | | |  | Fax | °°°°° | |
|  | °°°°° | | |  | E-Mail | °°°°° | |
|  | °°°°° | | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |
| **Weitere Bemerkungen** (Beurteilung/Kommentar, Beilagen):  °°°°° | | | | | | | |
| **Regionale Pharmacovigilance-Zentren** | | | | | | | |
| **Basel** | | **Bern** | | | | | **Genf** |
| Region. Pharmacovigilance-Zentrum (RPVZ) Klinische Pharmakologie & Toxikologie  Universitätsspital Basel  Schanzenstrasse 55  Postfach  4031 Basel | | Regionales Pharmacovigilance-Zentrum  Klinische Pharmakologie  Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin  Inselspital  3010 Bern | | | | | Centre d'informations thérapeutiques et  Centre régional de pharmacovigilance  Service de pharmacologie et toxicologie  Cliniques  Hôpitaux Universitaires de Genève  1211 Genève 14 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RPVZ Tel. 061 265 88 62 – Fax 061 265 45 60  [vigilance@usb.ch](mailto:vigilance@usb.ch)  [www.pharmacovigilance.unispital-basel.ch](http://pharmacovigilance.unispital-basel.ch/) | Tel. 031 632 74 74 – Fax 031 632 54 60  [vigilance@insel.ch](mailto:vigilance@insel.ch)  [www.inneremedizin.insel.ch/de/klinische-pharmakologie](http://www.inneremedizin.insel.ch/de/klinische-pharmakologie) | Tel. 022 372 99 34/32 – Fax 022 372 99 40/45  [medvig@hcuge.ch](mailto:medvig@hcuge.ch)  [www.pharmacoclin.ch](http://www.pharmacoclin.ch/) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lausanne** | **Lugano** |  |
| Service d'informations thérapeutiques,  Centre régional de pharmacovigilance et  Swiss Teratogen Information Service STIS  Division de pharmacologie clinique  Rue du Bugnon 17 - 1er étage  1011 LausanneCHUV | Istituto di Scienze Farmacologiche della Svizzera Italiana (ISFSI)  Clinica di farmacovigilanza e tossicologia clinica  Centro di consulenza sui farmaci e  Centro regionale di farmacovigilanza  Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)  Via Tesserete 46  6903 Lugano |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tel. 021 314 41 89 – Fax 021 314 42 66  [vigil@chuv.ch](mailto:vigil@chuv.ch)  [www.chuv.ch/pcl](http://www.hospvd.ch/chuv/pcl/)  <www.swisstis.ch> | Tel. 091 811 67 50 – Fax 091 811 67 51  [farmacovigilanza.eoc@eoc.ch](mailto:farmacovigilanza.eoc@eoc.ch)  [www.farmacovigilanza.ch](http://farmacovigilanza.ch/) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zürich** | |  |
| Medikamenteninformationsdienst und  Regionales Pharmacovigilance-Zentrum  Klinik für Klinische Pharmakologie und  Toxikologie  Universitätsspital Zürich  Rämistrasse 100  8091 Zürich | Medikamenteninformationsdienst /  Pharmacovigilance  Tox Info Suisse  Freiestrasse 16  8032 Zürich |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tel. 044 255 27 70 – Fax 044 255 44 11  [pharmakologie@usz.ch](mailto:pharmakologie@usz.ch)  [www.pharmakologie.usz.ch](http://www.pharmakologie.usz.ch) | Tel. 044 251 66 66 – Fax 044 252 88 33  [pharmakologie@usz.ch](mailto:pharmakologie@usz.ch)  [www.toxinfo.ch](http://www.toxinfo.ch) |  |
| **Meldungen und Information über Produktemängel:**  **Telefonisch, per Fax oder E-Mail erbeten an** **Tel. 058 463 16 63; Fax 058 462 07 22, E-Mail: market.surveillance@swissmedic.ch** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Toxikologische Notfälle: Direkt Tox Info Suisse anfragen (Tel. 145)** | |
| **Datum**: °°°°° | **Unterschrift:** |

Änderungshistorie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Version | Gültig und verbindlich ab | ohne Versions-änderung angepasst | Beschreibung, Bemerkung (durch Autor/in erstellt) | Visum (Kürzel) Autor/in |
| **13** | **19.10.17** |  | **E-Mail-Adresse, Tel.-Nr. und Institutsname korrigiert.** | **bh** |
| **12** | **01.08.15** |  | **Adresse geändert von „Schweizerisches Toxikologisches**  **Informationszentrum“ zu „Tox Info Suisse“** | **zt** |
| **11** | **29.09.14** |  | **Telefon- und Faxnummern innerhalb des Dokuments aktualisiert, neue Änderungshistorie ins Dokument eingefügt** | **sel** |