BASG / AGES

Institut Überwachung

Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich

ARZNEIMITTELINFORMATION

Sehr geehrte PatientInnen!

BITTE MELDEN

Sie mittels umseitiger Meldekarte alle jene Fälle von Arzneimittel-Nebenwirkungen, die Ihnen bekannt werden, 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 Unternehmen). Ihre Meldung dient **ausschließlich zur Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses** von Arzneimitteln.

Bitte melden Sie gemäß § 75h des Arzneimittelgesetzes

**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](http://www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen/meldung-fuer-patienten-und-angehoerige/)

|  |
| --- |
| Bitte füllen Sie diese Karte möglichst vollständig aus und übermitteln Sie uns alle für diese Meldung **wichtigen** und **verfügbaren** **Unterlagen**. Ihre Meldung wird vertraulich behandelt. |

**PATIENTENMELDUNG ÜBER EINE ARZNEIMITTEL-NEBENWIRKUNG**

**(auch VERDACHTSFÄLLE)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patient** (Initialen– Vor- , Familienname)      | **Geburtsdatum**      | Geschlecht[ ] m [ ] w | Größe      | Gewicht      | Schwangerschaft[ ] JA [ ] NEIN | Schw.-Woche      |
| **Beschreibung der Nebenwirkung** (ggf. mit Ergebnissen aus Laboruntersuchungen)       |
| **Datum / Zeit des Auftretens der Nebenwirkung:**       |
| **Alle verwendeten Arzneimittel** Genaue Bezeichnung (inkl. **Chargennummer**)**verdächtigtes Medikament** bitte **mit X** kennzeichnen! | Chargen - Nummer | Dosierung undAnwendungsart | Dauer der Anw.von - bis | Grund derAnwendung |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| **Weitere Erkrankungen** (z.B. Arzneimittel früher vertragen, Nikotin, Alkohol usw.), **andere Erkrankungen, Grundkrankheiten**      |
| **Behandlung der Nebenwirkung**      |
| **Verlauf der Nebenwirkung**[ ]  tödlich [ ]  lebensbedrohlich [ ]  Spitalsaufenthalt  erforderlich / verlängert[ ]  bleibende oder schwerwiegende [ ]  Schaden beim Un- / Neugeborenen [ ]  keines der genanntenBehinderung / Invalidität |
| **Ausgang der Nebenwirkung**Gesundheitszustand wiederhergestellt [ ]  JA [ ]  NEIN [ ]  UNBEKANNT  |
| **Meldender** (Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail)                         **Kopie E-Card** oder **Lichtbildausweis** / Datum, Unterschrift | **Behandelnder Arzt** (Name, Adresse, Telefonnummer)                     |