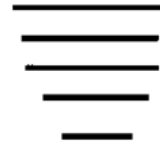


## پست جواب قبول

طی قراردادی با منطقه ۱۷ پستی پرداخت گردیده است



طرف قرارداد: سازمان غذا و دارو  
تهران - صندوق پستی: ۴۶۶-۱۷۷۷۵  
تلفن: ۶۶۱۷۶۹۳۴-۶۱۹۲۷۱۴۴

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبانید)



<input type="checkbox"/> سایر مشاغل.....	<input type="checkbox"/> متخصص	<input type="checkbox"/> پرستار	<input type="checkbox"/> داروساز	<input type="checkbox"/> پزشک	* مشخصات گزارشگر:
نام مرکز درمانی:					* نام و نام خانوادگی گزارشگر:
					شماره نظام پزشکی:
					تلفن تماس:
					آدرس کامل پستی گزارشگر:
.....پلاک.....	.....کوچه.....	.....خیابان.....	.....روستا.....	.....شهرستان.....	* استان.....
					.....
					تاریخ...../...../.....امضاء یا مهر گزارشگر:

نکته: جهت پر کردن فرم آنلاین جواب سوالاتی که با ستاره(\*) مشخص شده اند، ضروری است.

لطفا فرم یا به صورت آنلاین پر شود و یا موارد ستاره دار قبل از ارسال فرم توسط رابط محترم چک و تکمیل گردد.

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

[ ]

\* ۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:

\* ۱- مشخصات بیمار: کد ملی:  
نام و نام خانوادگی:  
تاریخ تولد:  
سن:  
وزن:  
جنس:  مذکر  مونث \*  باردار  
محل سکونت:  
تلفن:

\* ۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /  
۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟

۶- سابقه بیمار: (آلزایم، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فطری و اعتیاد...):

\* ۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟  بلی  خیر  
\* ۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟  بلی  خیر

دارو قطع نشده است  
 دارو مجدداً مصرف نگردید

\* ۹- سرانجام عارضه دارویی:  بهبودی  عدم بهبودی  
\* ۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟  بلی  خیر

سایر موارد:  
 مرگ  نقص عضو

۱۱- یافته های دارویی پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

\* ۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

توضیحات:

\* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده موثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)

نکته: جهت پر کردن فرم آنلاین جواب سوالاتی که با ستاره (\*) مشخص شده اند، ضروری است.

لطفاً فرم یا به صورت آنلاین پر شود و یا موارد ستاره دار قبل از ارسال فرم توسط رابط محترم چک و تکمیل گردد.