

İLAÇ YAN ETKİSİ BİLDİRİM FORMU

(Bu Form Hasta ve Hasta Yakınları İçindir)

Lütfen * işaretli tüm bölümleri doldurun ve mümkün olduğunca fazla bilgi vermeye çalışın!

1 Yan etkiyi yaşayan kişiye ait bilgiler:

Adı Soyadı ya da ad-soyad baş harfleri:

☐

Kadın

☐

Erkek

*Yaşı ya da doğum tarihi:

Boy:

Kilosu:

Diğer bilgiler (Hastanın tıbbi öyküsü, şeker hastalığı, yüksek tansiyon, alerji gibi hastalıkları var mı, hasta gebe mi, gebe ise son adet tarihi bilgileri vb.):

***Yaşanan yan etkiyi ve nasıl meydana geldiğini tanımlayın** (bu alan yeterli gelmediği takdirde forma sayfa ilave edebilirsiniz)

Ne zaman başladı? (tam tarih bilinmiyorsa yan etkinin ilaç kullanımına başladıktan ne kadar süre sonra ortaya çıktığını yazabilirsiniz) :

***Yan etki hastanın yaşamını nasıl etkiledi?** (Lütfen uygun olan seçeneğin kutucuğunu işaretleyin)

☐

Hafif

☐

Rahatsız edici, ancak günlük yaşamı etkilemedi

☐

Günlük yaşamı etkiledi

☐

Hastaneye yatışa sebep oldu

☐

Kalıcı sakatlığa neden oldu

☐

Doğumsal bir kusura neden oldu

☐

Çok ciddi bir hastalığa sebep oldu

☐

Ölümlle sonuçlandı

☐

Diğer

***Yan etkiyi yaşayan kişinin şimdiki durumu nasıl?**

☐

Yan etki tamamen düzeldi/iyileşti

☐

İyileşiyor

☐

Belirtiler devam ediyor/iyileşmedi

☐

Hastalığı şiddetlendi

☐

Öldü

☐

Diğer

Daha fazla bilgi verebilir misiniz? Örneğin hasta yan etkinin tedavisi için başka ilaçlar kullandı mı? Yan etki nedeniyle ilacı almayı bıraktı mı?

* İşaretli tüm bölümleri doldurduğunuzdan emin olun.

Lütfen sayfayı çevirin



Yan etkiye sebep olduğundan şüphe ettiğiniz ilaç hakkında bilgi veriniz.

***İlacın Adı:**

Dozu (örneğin 100 mg tablet, günde 3 defa) :

İlacın kullanım nedeni:

Başlama tarihi:

Bitiş tarihi:

Yan etki nedeniyle ilaç kullanımı kesildi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

Eş zamanlı olarak kullanılan başka ilaçlar var mı? Varsa lütfen bu ilaçlar hakkında da bilgi veriniz. Birden çok ilaç için bilgi vermek isterseniz sayfa ilave edebilirsiniz. Kullanılan bitkisel ürün ya da alternatif tedaviler varsa bunlarla ilgili detayları da lütfen belirtiniz.

Diğer ilacın adı:

Dozu (örneğin 100 mg tablet, günde 3 defa) :

İlacın kullanım nedeni:

Başlama tarihi:

Bitiş tarihi:

Bu ilacın da raporladığınız yan etkiye sebep olabileceğini düşünüyor musunuz (lütfen uygun kutucuğu işaretleyin) ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Belki

Yan etki nedeniyle ilaç kullanımı kesildi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

Gerektiğinde ilave bilgi sağlamak için iletişim bilgilerinizi vermeniz bizim için önemlidir!

***Adı Soyadı:**

Telefon:

e-posta adresi:

***Adres:**

Doktorunuzun adı soyadı adresi ya da çalıştığı kurum (isteğe bağlı):

Daha detaylı tıbbi bilgiye ihtiyaç duymamız halinde doktorunuzla iletişime geçmemizi onaylıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Formu doldurduğunuz için teşekkür ederiz. Formu merkezimize faks, e-posta ya da posta yoluyla ulaştırabilirsiniz.

Adres: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Söğütözü Mahallesi 2176. Sokak No:5 Kat: 8

Faks: 0 312 218 35 99 e-posta: tufam@titck.gov.tr

Sorularınız ve bildirimleriniz için 0 800 314 00 08 nolu ücretsiz hattımızdan TÜFAM'a ulaşabilirsiniz.