

## Scheda per il paziente di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci o vaccini

### 1. Informazioni sul paziente che ha avuto la reazione avversa

Chi ha avuto la reazione? Io  Mio figlio/a  Altra persona   
Iniziali (Nome e cognome)      Data di nascita o età      Sesso M  F   
Peso (kg)      Altezza (cm)      Data ultima mestruazione  
Gravidanza: 1° trimestre  2° trimestre  3° trimestre  Sconosciuta  Allattamento SI  NO

### 2. Informazioni sulla sospetta reazione avversa

Quale reazione avversa è stata osservata?

La reazione avversa deriva da un errore (es. sbaglio di farmaco, di dose, via di somministrazione)   
La reazione avversa deriva da un uso eccessivo del farmaco

Quando sono iniziati i sintomi? (indicare la data)

Quanto grave è stata la reazione?  Non grave  
 Ricovero in ospedale       Pericolo di vita       Invalidità permanente  
 Difetto alla nascita       Morte

Quanto ha influito la reazione sulla qualità di vita? Indicare un valore da 1 (per niente) a 10 (moltissimo):  
Scegliere valore

Quanto è durata?

Ha utilizzato dei farmaci o altro per curare la reazione?

Adesso la reazione avversa è?

Risolta       Risolta con conseguenze       Migliorata       Non ancora risolta       Non so

### 3. Informazioni sui farmaci assunti

#### Informazioni sul/i farmaco/i che possono aver causato la reazione

*Se i farmaci sospettati sono più di due usare un foglio aggiuntivo*

1. Nome del farmaco      N. Lotto (se conosciuto)  
Prescritto dal medico?  Sì  No  
Data inizio assunzione      Data fine assunzione  
Quante volte al giorno?      Come (per bocca, iniezione, uso cutaneo, ecc)?  
Per quale motivo?  
Il farmaco è stato sospeso a causa della reazione avversa?  Sì  No  
Il farmaco era stato preso in passato?  Sì  No      Era avvenuta la stessa reazione?  Sì  No

2. Nome del farmaco      N. Lotto (se conosciuto)  
Prescritto dal medico?  Sì  No  
Data inizio assunzione      Data fine assunzione  
Quante volte al giorno?      Come (per bocca, iniezione, uso cutaneo, ecc)?  
Per quale motivo?

Il farmaco è stato sospeso a causa della reazione avversa?  Sì  No

Il farmaco era stato preso in passato?  Sì  No Era avvenuta la stessa reazione?  Sì  No

**Oltre al farmaco/i indicati in precedenza riportare eventuali altri farmaci o prodotti (es: integratori, erbe medicinali) assunti contemporaneamente:**

#### 4. Informazioni sul medico curante

Il medico curante è stato informato di questa reazione?  Sì  No

Nel caso in cui fosse necessario approfondire il suo caso, possiamo contattare il suo medico curante?  Sì  No

Se Sì, potrebbe indicare le seguenti informazioni relative al suo **medico curante**:

Nome            Cognome

Indirizzo        Numero di telefono

#### 5. Altre informazioni mediche rilevanti

**Indicare eventuali altre malattie del paziente** (per esempio allergie, malattie croniche)

#### 6. Informazioni sul compilatore della scheda

Nome            Cognome

Indirizzo e telefono

Indirizzo e-mail

ASL di appartenenza        Regione

Data compilazione        Firma

#### COME INVIARE LA SCHEDA

- Per E-MAIL al Responsabile di Farmacovigilanza di APSS all'indirizzo [farmacovigilanza@apss.tn.it](mailto:farmacovigilanza@apss.tn.it).