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 und Anwendungsart | | | Dauer der Anw. von - bis | | Grund der Anwendung | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |
| **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 genannten  Behinderung / 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) | | | | | | | |