Zur Meldung eines Qualitätsmangels bei einem Arzneimittel durch Apotheker:innen, Drogist:innen oder Arzneimittelgroßhändler gemäß § 75q Arzneimittelgesetz

|  |  |
| --- | --- |
| Kontakt:  | Institut Überwachung Tel.: +43 (0)50555 - 36411, - 36418, - 36466 |

## Herkunft der Meldung

|  |  |
| --- | --- |
| **Benötigte Information** | **Erhaltene Information** |
| * 1. Name der meldenden Person
 |       |
| * 1. Organisation Drogerie

 Apotheke Großhändler | [ ] [ ] [ ]  |
| * 1. Name der Organisation
 |       |
| * 1. Adresse
 |       |
| * 1. Telefon
 |       |
| * 1. Fax
 |       |
| * 1. E-Mail Adresse
 |       |
| * 1. Datum und Zeitpunkt der Meldung
 |       |

## Angaben zum Produkt / Ausmass des Problems

Anmerkung: Für jedes Präparat ist ein gesondertes Formular auszufüllen

|  |  |
| --- | --- |
| **Benötigte Information** | **Erhaltene Information** |
| * 1. Name des betroffenen Präparates
 |       |
| * 1. Zulassungsnummer oder andere Referenznummer
 |       |
| * 1. Name und Adresse Zulassungsinhaber:in oder Importeur[[1]](#footnote-1) (siehe Verpackung)
 |       |
| * 1. Galenische Form
 |       |
| * 1. Wirkstoff(e) (INN)
 |       |
| * 1. Name und Adresse Hersteller(Endprodukt)
 |       |
| * 1. Betroffene Charge(n)(Chargennummer / (wenn angegeben) Herstellungsdatum / Stärke / Verfalldatum / Art der Verpackung / Anzahl Packungen)
 | Bei Bedarf bitte separate Liste beilegen      |
| * 1. Lieferant der betroffenen Charge(n)
 |       |
| * 1. Datum der Lieferung der betroffenen Charge
 |       |
| * 1. Auslieferung der betroffenen Charge(n) (belieferte Kunden:innen z.B. andere Grosshandlungen, Spitäler, andere Apotheken, Ärzt:innen [Chargennummer / Anzahl Packungen / Auslieferungsdatum])
 | Bei Bedarf bitte separate Liste beilegen      |
| * 1. Weitere betroffene Präparate(Name / Zulassungsnummer oder andere Referenznummer)[[2]](#footnote-2)
 |       |

## Art des Mangels

|  |  |
| --- | --- |
| **Benötigte Information** | **Erhaltene Information** |
| * 1. Von wem wurde der Mangel erkannt:
 | [ ]  Patient:in[ ]  Anwender:in[ ]  Spital[ ]  Apotheke[ ]  Großhändler [ ]  Sonstige: |
| * 1. Beschreibung des Qualitätsmangels / Problems
 |       |
| * 1. Steht der Mangel im Zusammenhang mit einer unerwünschten Wirkung?

Falls ja, bitte beschreiben | [ ]  Ja[ ]  Nein      |
| * 1. Besteht ein Anhaltspunkt oder Verdacht für eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit (unerwünschte Wirkung oder Unwirksamkeit)?
 | [ ]  Ja[ ]  Nein |
| * 1. Übermittlung des mangelhaften Exemplars oder eines Fotos für die Aufarbeitung und zur Veranschaulichung des vorgefundenen Mangels.

Zurverfügungstellung mittels: Foto Defektmuster wird per Post an **BASG  Institut Begutachtung & Analytik /  Abteilung CPAA Spargelfeldstraße 191, 1220 Wien** gesendet [[3]](#footnote-3)Zurverfügungstellung ist nicht möglich[[4]](#footnote-4): Begründung: | [ ] [ ] [ ]       |

## Getroffene oder geplante Massnahmen

|  |  |
| --- | --- |
| **Benötigte Information** | **Erhaltene Information** |
| * 1. Namen und Adressen von bereits benachrichtigten Behörden oder Personen
 |       |
| * 1. Bisher getroffene Massnahmen
 |       |
| Was geschieht mit den vom Rückruf betroffenen Packungen? |       |
| * 1. Weitere geplante oder vorgeschlagene Maßnahmen
 |       |
| * 1. Ergänzende relevante Angaben
 |       |

## Liste der Beilagen zu dieser Meldung

Ort und Datum:

**Unterschrift** und Name in Druckbuchstaben:

## Einreichung des unterfertigten Meldeformulars entweder per

|  |  |
| --- | --- |
| **E-Mail an:** | am-qualitaetsmangel@basg.gv.at |
|  |  |  |
| **oder per Fax:** | International:  | +43 50555 36408 |
|  | aus Österreich:  | 050555 36408 |

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**

**Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit in Österreich.**

1. bei parallelimportierten Produkten sowie bei Sonderimporten [↑](#footnote-ref-1)
2. Wenn weitere Präparate betroffen sind, bitte jeweils eine Meldekarte ausfüllen. [↑](#footnote-ref-2)
3. Die / Der Einsender:in erhält vom Institut Begutachtung & Analytik einen „Proben-Entnahmeschein“. Mit diesem Dokument bekommt die / der Einsender:in vom Zulassungsinhaber über eine konzessionierte Apotheke Ersatz. Kontaktnummer bei Fragen zum „Proben-Entnahmeschein“: +43 (0)50555 - 36912. [↑](#footnote-ref-3)
4. Bei etwaigen Unklarheiten werden Sie ersucht umgehend mit dem Institut Überwachung Kontakt aufzunehmen. [↑](#footnote-ref-4)