Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an:
Piramal Critical Care Deutschland GmbH - E-Mail-1: medical.information@piramal.com - E-Mail-2: pv.safety@piramal.com
Telefon: 0800-1810971 - https://www.piramalcriticalcare.com/german

Eingangsdatum:	**Aufgenommen von:**	**Firmeninterne Fallnummer:**

Verdächtigtes Arzneimittel (AM):	**Chargen-Nr.:** **Verfallsdatum:**	**gegeben für Indikation:** **am (Datum):**

Darr.form (z. B. Tabletten)	**Stärke** (z. B. in mg)	**Tagesdosis** (z. B. in mg)	**Applikation** (z. B. oral)	**Verabreichungs-häufigkeit**	**Therapie-beginn** (Datum)	**Therapie-ende** (Datum)

Getroffene Maßnahme bezgl. des Produktes:	☐ keine ☐ unterbrochen ☐ abgesetzt ☐ Dosis erhöht ☐ Dosis reduziert ☐ unbekannt

Initialien des Patienten:	**Geburtsdatum** (Tag/Monat/Jahr) ……/……/…….. **oder Geburtsjahr** ……	**Alter (Jahre)** ……	**Geschlecht** weiblich ☐ Größe: …… Gewicht: …… männlich ☐ Größe: …… Gewicht: ……	**Ethnische Zugehörigkeit:** **Sonstiges:**

Ist die Patientin schwanger/stillt sie? ☐ ja ☐ nein	Falls eine Schwangerschaft besteht Angabe der Schwangerschaftswoche: ……..
Art der NW: **Befunde bzw. sonstige Angaben siehe Anlage:** ☐	**NW aufgetreten am (Datum):** …… **Dauer der NW:** …… bzw. von: bis:

Kausal-zusammen-hang mit verdächtigtem AM:	gesichert	wahrscheinlich	möglich	unwahrscheinlich	kein Zusammen-hang	nicht zu beurteilen
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an:
Piramal Critical Care Deutschland GmbH - E-Mail-1: medical.information@piramal.com, E-Mail-2: pv.safety@piramal.com - Telefon: 0800-1810971 - https://www.piramalcriticalcare.com/german

Welche Kriterien treffen auf die NW zu?	☐ lebensbedrohlich ☐ verlängerter Krankenhausaufenthalt ☐ kongenitale Anomalie/ Geburtsfehler ☐ bleibende/ schwerwiegende Behinderung ☐ medizinisch bedeutsames Ereignis: …… ……	☐ führte zum Tod Todestag: …… Todesursache: …… …… …… …… …… …… Durch Autopsie bestätigt: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐ nicht durchgeführt	**Ausgang des Ereignisses:** ☐ wiederhergestellt ☐ noch nicht wiederhergestellt ☐ nicht wiederhergestellt ☐ wiederhergestellt mit bleibenden Schäden ☐ Tod

Beschreibung der beobachteten Nebenwirkung:

Medizinische Vorgeschichte:

Begleitmedikation:

Produkt	**Dosis**	**Stärke**	**Applikation**	**Verab-reichungs-häufigkeit**	**Therapie-beginn** (Datum)	**Therapie-ende** (Datum)	**Indikation**	**Zusammenhang mit NW** (ja/nein)

Weitere Erkrankungen:

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an:
Piramal Critical Care Deutschland GmbH - E-Mail-1: medical.information@piramal.com, E-Mail-2: pv.safety@piramal.com - Telefon: 0800-1810971 - https://www.piramalcriticalcare.com/german

Meldende Person ist:	☐ Patient/-in	☐ Arzt/Ärztin	☐ Kranken-schwester/Pfleger	☐ Apotheker/-in	☐Betreuer/ kein(e) Angehörige(r) der Heilberufe	☐ Sonstiges, bitte angeben:

Stimmen Sie einer Kontaktaufnahme mit Ihnen oder Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin durch die Arzneimittelsicherheit von Piramal Critical Care Deutschland GmbH zu? ☐ ja ☐ nein

Kontaktinformation der meldenden Person oder des behandelnden Angehörigen der Heilberufe.

Falls keine Zustimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten vorliegt, tragen Sie bitte "Kontakt verweigert" ein

Meldende Person:

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

Behandelnder Angehörige(r) der Heilberufe (auszufüllen, falls anders als meldende Person):

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zurück an:

Piramal Critical Care Deutschland GmbH
E-Mail-1: medical.information@piramal.com
E-Mail-2: pv.safety@piramal.com
Telefon: 0800-1810971
https://www.piramalcriticalcare.com/german