



IKS
OICM
UICM

Pharmacovigilance-Zentrum
Centre de pharmacovigilance
Centro di farmacovigilanza

BAG
OFSP
UFSP

B

Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)

Pat. Initialen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Körpergewicht <input type="text"/> <input type="text"/>	UAW-Nr:	
Vorname Name	Tag Monat Jahr	Weibl. Männl.	kg		
Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung (Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf):				Beginn der UAW: Datum (oder Latenzzeit*)	Dauer der UAW:
				* Zeit zwischen Gabe und UAW (bitte bei Impfreaktionen in Stunden angeben)	
Relevante Untersuchungsergebnisse (z.B. Labor, Histologie):					
Allfällige Therapie der UAW:					
Folgen der vermuteten UAW					
<input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt		<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Hospitalisation verlängert <input type="checkbox"/> bleibende Schädigung oder Behinderung <input type="checkbox"/> noch nicht erholt		<input type="checkbox"/> vorübergehend schwer beeinträchtigt / medizinisch wichtig <input type="checkbox"/> anderes:	
Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> anderes:			Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe von: _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> anderes:		
Verdächtige Arzneimittel:					
Markenname	Lot-Nr. (Biologika z.B. Impfstoffe)	Tages- dosis	Applik. weg	gegeben von* bis**	Indikation
1.					
2.					
3.					
Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel:					
* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre)			** Datum oder Dauer, wenn weitergegeben: WEITER		
Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren:					
Schwangerschaft (letzte Periode am: _____)		Allergien: _____		Rauchen: _____	
Alkohol: _____		Nierenleiden: _____		Kreatinin: _____	
Leberleiden (Viruserologien): _____		anderes: _____			

Weitere Bemerkungen bitte auf der folgenden Seite anbringen

In verschlossenem Fensterkuvert an das regionale Pharmacovigilance-Zentrum senden.
 Das Formular kann auch an eine andere der unten aufgeführten Stellen geschickt werden:
 Bei Versand mit Telefax bitte Rückseite nicht vergessen!

Absender oder Stempel:

Name _____
 Adresse _____

 Telefon _____
 Telefax _____
 e-mail _____

Weitere Bemerkungen (Beurteilung/Kommentar):

Regionale Pharmacovigilance-Zentren		
Basel	Bern	Genf
Klinisch-pharmakologischer Service KLIPS Abteilung Klinische Pharmakologie und Toxikologie Kantonsspital Petersgraben 4 4031 Basel Tel. 061 265 88 68/61 / Fax 061 265 88 64 e-mail: vigilance@uhbs.ch homepage: www.unibas.ch/kpharm	Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Institut für Klinische Pharmakologie Universität Bern Murtenstrasse 35 3010 Bern Tel. 031 632 31 91 / Fax 031 632 49 97 e-mail: vigilance@ikp.unibe.ch homepage: www.ikp.unibe.ch/mid	Service d'informations thérapeutiques et Centre régional de pharmacovigilance Division de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpital Cantonal Universitaire 1211 Genève 14 Tel. 022 382 99 32 / Fax 022 382 99 40 e-mail: medvig@hcuge.ch homepage: www.hug-ge.ch
Lausanne	Zürich	
Service d'information sur les médicaments et Swiss Teratogen Information Service STIS Division de Pharmacologie clinique Département de Médecine interne CHUV 1011 Lausanne Tel. 021 314 41 89 / Fax 021 314 42 66 e-mail: vigil@chuv.hospvd.ch Homepage: www.hospvd.ch/chuv/pcl/	Medikamenteninformationsdienst Abteilung Klinische Pharmakologie und Toxikologie Departement Innere Medizin Universitätsspital 8091 Zürich Tel. 01 255 27 70 / Fax 01 255 44 11 e-mail: medi.info@dim.usz.ch homepage: www.unizh.ch/dim/pharma	Medikamenteninformationsdienst am Schweizerischen Toxikologischen Informationszentrum Postfach Freiestr. 16 8028 Zürich Tel. 01 634 10 36 / Fax 01 252 88 33 e-mail: medi.info@dim.usz.ch homepage: www.toxi.ch

Dringende Meldungen und Information über Produktmängel: telefonisch oder per Fax erbeten an
Tel. 031 322 03 52; Fax 031 322 04 18

IKS Vigilance-Zentrum, Erlachstrasse 8, 3000 Bern 9. e-mail: vigilance@iks.admin.ch. homepage: www.iks.ch

Toxikologische Notfälle: direkt das Tox-Zentrum anfragen (Tel. 01 251 51 51)

Datum:

Unterschrift: