

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αρχικά Ασθενούς	Αριθμός Ιστορικού	Ηλικία	Βάρος	Ύψος	Φύλο
			Kgr	cm	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>

2. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ (ΑΕ)

Καταγράψτε τη ΔΙΑΓΝΩΣΗ ή τα σημεία & συμπτώματα	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΚΒΑΣΗ
	ΕΝΑΡΞΗΣ	ΛΗΞΗΣ	
			Στην στήλη αριστερά, σημειώστε 1 έως 6, ανάλογα με το αν η έκβαση της αντίστοιχης ΑΕ είναι: 1 = Θάνατος 2 = Δεν έχει ακόμη αναρρώσει 3 = Ίαση χωρίς βλάβες 4 = Ίαση με μόνιμες βλάβες 5 = Υπό ανάρρωση 6 = Άγνωστη

Θεωρείτε ότι κάποια από τις παραπάνω ΑΕ είναι σοβαρή; Ναι Όχι

Εάν **ΝΑΙ**, σημειώστε γιατί η ΑΕ θεωρείται σοβαρή (σημειώστε όλα όσα αρμόζουν) :

Πρόκληση Θανάτου <input type="checkbox"/>	Άμεσα Απειλητική για τη Ζωή <input type="checkbox"/>	Πρόκληση ή παράταση νοσηλείας <input type="checkbox"/>	Πρόκληση εμμένουσας ή σημαντικής αναπηρίας ή ανικανότητας <input type="checkbox"/>	Συγγενής Ανωμαλία / Βλάβη κατά τον τοκετό <input type="checkbox"/>	Σημαντικό Ιατρικό Συμβάν <input type="checkbox"/>
Σε περίπτωση θανάτου, αναφέρατε την αιτία: (εφόσον υπάρχει πόρισμα ιατροδικαστή παρακαλούμε επισυνάψτε)				Ημ/νία Θανάτου:	

3. ΦΑΡΜΑΚΑ:

Εμπορική ονομασία / δραστική ουσία	Αριθμός Παρτίδας (Lot No.)	ΟΔΟΣ χορήγησης	ΔΟΣΗ (Μονάδες & Συχνότητα)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΝΔΕΙΞΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
				ΕΝΑΡΞΗΣ	ΛΗΞΗΣ	
ΥΠΟΠΤΑ						
ΣΥΓΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ						

4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ π.χ. Σχετικό Ιατρικό Ιστορικό (Αλλεργίες, Προηγούμενες ΑΕ, Περιβαλλοντικοί Παράγοντες, Κάπνισμα, Κατάχρηση ουσιών), Πορεία συμπτωμάτων, Εργαστηριακά ευρήματα, Συσχέτιση, Αντιμετώπιση.

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο:	Ιδιότητα Αναφέροντος
Διεύθυνση:	<input type="checkbox"/> Νοσ/κός Ιατρός, ειδικότητα: _____
Νοσ. Ίδρυμα:	<input type="checkbox"/> Νοσ/κός Φαρμακοποιός
Τηλ.:	<input type="checkbox"/> Ιδιώτης Ιατρός, ειδικότητα: _____
Υπογραφή:	<input type="checkbox"/> Ιδιώτης Φαρμακοποιός
Ημερομηνία:	<input type="checkbox"/> Άλλη, διευκρινίστε: _____