



معاونت غذا و دارو

نحوه پر کردن فرم های ADR

راهنمای استفاده از فرم های ADR

به منظور جمع آوری گزارشهای عوارض دارویی، فرم های زرد رنگی توسط مرکز عوارض ناخواسته دارویی تهیه شده است که در صورت تماس با این مرکز به تعداد لازم در اختیار کلیه حرف پزشکی قرار خواهد گرفت. پس از تکمیل فرم ها، می توان آنها را به آدرس زابل-چهارراه بهداشت- ارسال داشت، هم چنین گزارش عوارض از طریق تلفن ۳۲۲۹۵۶۱۱ و یا از طریق سایت معاونت غذا و دارو نیز قابل ارسال می باشد.

چه مواردی را می توان گزارش نمود؟

کلیه عوارض مشکوک به مصرف فرآورده های درمانی از جمله داروها، فرآورده های خونی، واکسن ها، مواد حاجب، مواد مورد استفاده در دندانپزشکی یا جراحی، فرآورده های گیاهی و محلولهای لنز قابل گزارش به این مرکز می باشند. جهت گزارش یک عارضه، اطمینان از وجود ارتباط قطعی میان مصرف فرآورده و بروز عارضه ضروری نیست بلکه تردید به ایجاد عارضه نیز قابل گزارش می باشد. همچنین کلیه عوارض مشاهده شده اعم از خفیف یا شدید، گذرا یا پایدار توسط این مرکز پذیرفته می شود.

توجه مهم:

- هنگام گزارش یک عارضه حتی الامکان نام شرکت سازنده و شماره سری ساخت را جستجو نموده، گزارش نمایید.
- هرگز به دلیل نامعلوم بودن برخی اطلاعات درخواستی در فرم، از گزارش نمودن عارضه اجتناب نفرمایید.
- هویت بیمار و گزارشگر محرمانه خواهد ماند.

شماره تماس: ۳۲۲۹۵۶۱۱

پست جواب قبول

طی قرارداد ۱۴۱۵۴/۲۱ هزینه پست پرداخت گردیده است

طرف قرار داد: معاونت غذا و دارو
تهران - صندوق پستی ۹۴۸-۱۴۱۸۵

تلفن: ۴-۸۸۲۳۱۹۳ نمایر: ۸۸۸۹۰۸۵۷

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسباند)

فرد گزارش گر بایستی مشخصات خود را در این قسمت ثبت کند.

مشخصات گزارشگر: پزشک داروساز پرستار متخصص سایر مشاغل

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان شهرستان روستا خیابان کوچه پلاک

تاریخ: ... / ... / ... امضاء یا مهر گزارشگر:

در این قسمت نوع عارضه دارویی و اقداماتی که به منظور درمان انجام گرفته ثبت می گردد.

در صورتیکه هر نوع سابقه عارضه دارویی در فرد وجود داشته این قسمت تکمیل گردد.

در صورتیکه یافته های پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده باشد ثبت می گردد.

در صورتیکه بیمار بستری می باشد شماره پرونده بیمار ثبت گردد.

در این قسمت مشخصات و تلفن و آدرس بیمار ثبت می گردد

در این قسمت تاریخی که عارضه شروع شده و مدت زمانی که ادامه پیدا کرده است ثبت می گردد.

در صورت وجود هرگونه آزرزی این قسمت تکمیل گردد.

در صورتیکه دارو قطع شده یا ادامه پیدا کرده است این قسمت تکمیل گردد.

سرانجام عارضه دارویی در این قسمت ثبت می گردد.

دارویی که مرتبط با عارضه مشاهده شده می باشد در این قسمت ثبت می گردد. (سعی گردد مشخصات داروی کامل ثبت شود.)

سایر داروهایی که فرد مصرف می کند در این قسمت تکمیل گردد. (سعی گردد مشخصات داروهای مذکور کامل ثبت شود.)

بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت غذا و دارو
مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

۱- مشخصات بیمار:
نام و نام خانوادگی:
سن:
جنس: مذکر مؤنث پاردار
محل سکونت:

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:
۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /
۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است?
۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:
۶- سابقه بیمار: (آزرزی، بیماری ارثی، نقص آتزیسی، بیماریهای فعلی، اعتیاد و...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ بلی خیر دارو قطع نشده است
۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟ بلی خیر دارو مجدداً مصرف نگردید

۹- سرانجام عارضه دارویی: بهبودی عدم بهبودی نقص عضو مرگ سایر موارد:
۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ بلی خیر
۱۱- یافته های پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:
نام دارو: شکل و قدرت دارویی: مقدار مصرف روزانه: راه مصرف: مورد مصرف: تاریخ شروع مصرف: تاریخ پایان مصرف: کارخانه سازنده و شماره سری ساخت:

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:
نام دارو: شکل و قدرت دارویی: مقدار مصرف روزانه: راه مصرف: مورد مصرف: تاریخ شروع مصرف: تاریخ پایان مصرف: کارخانه سازنده و شماره سری ساخت:

توضیحات:

* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده مؤثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)