



**21. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO** (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati precedentemente):

A:

B:

C:

**22. FARMACO/I CONCOMITANTE/I** (indicare il nome della specialità medicinale o del generico\*). Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici

A) 23. LOTTO 24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)

25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE 26. DURATA DELL'USO: DAL AL

27. IL FARMACO È STATO SOSPESO?  SI  NO 28. LA REAZIONE È MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?  SI  NO

29. IL FARMACO È STATO RIPRESO?  SI  NO 30. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?  SI  NO

B) 23. LOTTO 24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)

25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE 26. DURATA DELL'USO: DAL AL

27. IL FARMACO È STATO SOSPESO?  SI  NO 28. LA REAZIONE È MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?  SI  NO

29. IL FARMACO È STATO RIPRESO?  SI  NO 30. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?  SI  NO

\* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione

**31. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO** (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati qui sopra):

A:

B:

**32. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ecc.** (specificare):

**33. CONDIZIONI PREDISPOSTE e/o CONCOMITANTI** (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)

**34. ALTRE INFORMAZIONI**

**INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE E SUL SEGNALATORE**

35. INDICARE SE LA REAZIONE È STATA OSSERVATA NELL'AMBITO DI:  Progetto di Farmacovigilanza Attiva  Registro Farmaci

Studio Osservazionale, specificare: titolo studio

tipologia

numero

**36. QUALIFICA DEL SEGNALATORE**

MEDICO OSPEDALIERO

MEDICO MEDICINA GENERALE

PEDIATRA LIBERA SCELTA

SPECIALISTA

MEDICO DISTRETTO

FARMACISTA

INFERMIERE

CAV  ALTRO (specificare):

**37. DATI DEL SEGNALATORE** (i dati del segnalatore sono trattati in modo confidenziale)

NOME E COGNOME:

INDIRIZZO:

TEL E FAX:

E-MAIL:

38. ASL DI APPARTENENZA:

39. REGIONE:

40. DATA DI COMPILAZIONE:

41. FIRMA DEL SEGNALATORE