

Bitte relevante Dokumentation in anonymisierter Kopie beifügen – z.B. Arztbriefe, Befunde, Labordaten, Gutachten, etc.

1. Patienteninformation

Initialen		Geburtsdatum	Geschlecht		Größe	Gewicht	Interne Fallnummer
VN	NN		M	W	cm	kg	

2. Verdachtspräparat(e) und Begleitmedikation(en)

Wirkstoff und Handelsname	Tagesdosis	Applikationsform	Indikation	Früher gegeben	Ja	Nein	unk.	n. zutr.
1	Verdachtspräparat?	Chargennummer	Gegeben von	Gegeben bis	Früher vertragen			
ja	nein				Besserung nach Absetzen			Wiederauftr. nach ern. Gabe
2	Verdachtspräparat?	Chargennummer	Gegeben von	Gegeben bis	Früher gegeben	Ja	Nein	unk. n. zutr.
ja	nein				Früher vertragen			Besserung nach Absetzen
					Wiederauftr. nach ern. Gabe			
3	Verdachtspräparat?	Chargennummer	Gegeben von	Gegeben bis	Früher gegeben	Ja	Nein	unk. n. zutr.
ja	nein				Früher vertragen			Besserung nach Absetzen
					Wiederauftr. nach ern. Gabe			

3. Verlauf der unerwünschten Arzneimittelwirkung (einschließlich Laborparameter)

Unerwünschte Arzneimittelwirkung	Beginn	Ende	Ausgang des Verlaufes wiederhergestellt	Stationäre Behandlung erforderlich bzw. verlängert?	ja	nein
1	→ Kausalzusammenhang		whgst. mit Folgekrankheit anhaltend unbekannt	Invalidität oder Berufsunfähigkeit?	ja	nein
2	→ Kausalzusammenhang		whgst. mit Folgekrankheit anhaltend unbekannt	Lebensbedrohlich?	ja	nein
3	→ Kausalzusammenhang		whgst. mit Folgekrankheit anhaltend unbekannt	Kongenitale Anomalie/ Geburtsfehler?	ja	nein
				Patient gestorben?	ja	nein
				Datum		Uhrzeit
				Medizinisch bedeutend?	ja	nein

→ Bitte Nummer wie folgt angeben: 1 = Kausalzusammenhang gegeben/Verdacht eines Kausalzusammenhangs
2 = kein Kausalzusammenhang, 3 = unbekannt

z.B. erhebliche Beeinträchtigung oder Notfallintervention. Wenn gegeben, bitte unter Punkt 4 Bemerkungen begründen

4. Bemerkungen (z.B. Information über Absetzen und erneute Gabe)

Patient ist mit der Speicherung seiner Daten einverstanden: ja nein

5. Maßgebliche medizinische Vorgeschichte

Maßgebliche Begleiterkrankungen/chirurgische Eingriffe/med. Vorgeschichte etc. (z. B.: Allergien, Implantate, Stoffwechselerkrankungen, Alkoholmissbrauch etc.) **falls notwendig: bitte auf gesondertem Blatt ergänzen / Kopie der Originalbefunde**

War die Patientin schwanger? Ja (Bitte Rückseite ausfüllen!) Nein Unbekannt

6. Berichtender Arzt/Apotheker

Name	Fragebogen aufgenommen durch (nur für internen Gebrauch)
Fachrichtung	Name
Straße	PLZ / Ort
PLZ / Ort	Telefon/Fax
Telefon/Fax	Datum der ersten Kenntnisnahme
Datum / Unterschrift	Digitale Signatur



Daiichi-Sankyo

Bericht über Anwendung in der Schwangerschaft

Engagiert in der Forschung.
Im Einsatz für den Patienten.

Berichtender Arzt/Apotheker (wenn abweichend)

Name	Adresse	Telefon	Fax/E-Mail
------	---------	---------	------------

Patient

Mutter	Vater	Initialen	Geburtsdatum
--------	-------	-----------	--------------

A: Daten der Schwangerschaft

1. Daiichi-Sankyo-Produkt

Name	Tagesdosis	Beginn/Ende	Indikation
------	------------	-------------	------------

2. Weitere Medikamente

Name	Tagesdosis	Beginn/Ende	Indikation
------	------------	-------------	------------

3. Maßgebliche Vorgeschichte

Frühere Schwangerschaften

Anzahl	Auffälligkeiten
--------	-----------------

Frühere Geburten

Anzahl	Auffälligkeiten
--------	-----------------

Derzeitige Schwangerschaft

Datum der letzten Menstruation	Methode der Kontrazeption	Positiver Schwangerschaftstest (Datum)	Ultraschall (Datum, Ergebnis)
--------------------------------	---------------------------	--	-------------------------------

Auffälligkeiten	Geburtsstermin
-----------------	----------------

B: Ende der Schwangerschaft

1. Medikation während der Schwangerschaft / Geburt

Name	Tagesdosis	Beginn/Ende	Indikation
------	------------	-------------	------------

2. Vorzeitiges Ende

Totgeburt	Abbruch	Fehlgeburt
-----------	---------	------------

3. Geburt

Datum der Geburt	Gewicht des Kindes	Größe des Kindes	APGAR
------------------	--------------------	------------------	-------

Besonderheiten (z.B. Art der Geburt, Missbildung)

Datum	Unterschrift des Berichtenden	Datum	Digitale Signatur
-------	-------------------------------	-------	-------------------

Bitte melden Sie jedes Arzneimittelrisiko umgehend
an die Abteilung für Arzneimittelsicherheit bei

Daiichi Sankyo Austria GmbH,
Europlaza, Gebäude J,
Kranichberggasse 2
1120 Wien