
Oppfølgingsskjema for spesielle hendelser

Pasientdetaljer: Alder _____ Fødselsdato _____ Kjønn M K

Attentin-eksponering: Startdato _____ Sluttdato: _____

Tid til hendelse(r) etter siste dose: _____

Reaksjon(er): (Angi beskrivelse av funn, assosierte symptomer og klinisk forløp)

Tidligere historie / historie i forkant av hendelsen

Hallusinasjoner nei ja – Detaljer: _____

Mani nei ja – Detaljer: _____

Psykotiske episoder/sykdom nei ja – Detaljer: _____

Spesifiser enhver familiehistorie med psykotisk sykdom Detaljer: _____

Vekstproblemer nei ja – Detaljer: _____

Anoreksi nei ja – Detaljer: _____

Selv mordstanker nei ja – Detaljer: _____

Spesifiser enhver familiehistorie med psykotisk sykdom Detaljer: _____

Alvorlige hudreaksjoner nei ja – Detaljer: _____

Spesifiser eventuelle tidligere reaksjoner på mistenkte medikament (er) Detaljer: _____

Kardiovaskulær/iskemisk hjertesykdom nei ja – Detaljer: _____

Vaskulitt nei ja – Detaljer: _____

Infeksjoner (virale, HIV, EBV, CMV, HHV-6) nei ja – Detaljer: _____

Kreft nei ja – Detaljer: _____

Annen relevant historie nei ja – Spesifiser: _____

Samtidig medikasjon

Angi all samtidig medikasjon (inkludert urtepreparater) som ble tatt ved tidspunktet for reaksjonen (inkl. tidsrommet mellom doseringen og oppstart av reaksjonen, hvis kjent)

Detaljer: _____

Tilleggsopplysninger: _____

Har pasienten blitt henvist til en annen spesialist?

nei ja – Spesifiser: _____

Oppfølgingsskjema for spesielle hendelser

Diagnostiske funn og laboratoriefunn: Vennligst legg ved eller sammenfatt tilgjengelige resultater ELLER andre ordinerte tilleggsprøver.

Hudbiopsi nei ja – dato () Detaljer: _____

Rutinemessig hematologi og biokjemi

Laboratoriedata	Topp (hvis relevant)		Baseline eller historisk		Normalområde	Ved bedring (eller nåværende)	
	Verdi	Dato	Verdi	Dato		Verdi	Dato

Annet _____

Ytterligere detaljer om bivirkningen:

Inkluder informasjon relatert til resultater fra tilleggsprøver, klinisk forløp, behandling og utfall av bivirkningen, som hensiktsmessig. Vennligst spesifiser dersom ingen behandling er gitt. Vennligst også spesifiser akutthåndtering, f. eks gjenopplivning.

Takk for at du fylte ut skjemaet!

VENNLIGST SEND DET UTFYLTE SPØRRESKJEMAET PÅ FAKS TIL: +49 2371 937 360

ELLER PÅ E-POST TIL: drugsafety@medice.de