

Rapporteringskilde			
Rapportert via		<input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Pasient <input type="checkbox"/> Myndighet <input type="checkbox"/> Litteratur <input type="checkbox"/> Annet:	
Navn			
Gateadresse			
[Postnummer] By	Land		
Tlf. nr.	Faks nr.		
Institusjon		<input type="checkbox"/> Sykehus/klinikk <input type="checkbox"/> Medisinsk praksis <input type="checkbox"/> Annet:	
Pasientdetaljer			
Pasientens initialer		Etternavn [] Fornavn [] 2. Mellomnavn []	
Fødselsdato	Alder	[] . [] . []	[] år
Kjønn		<input type="checkbox"/> kvinne (gravid ?) <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja [] . uke	
Etnisitet		<input type="checkbox"/> Kaukasisk <input type="checkbox"/> Afrikansk <input type="checkbox"/> Asiatisk <input type="checkbox"/> Annet:	
Høyde	Vekt	[] cm	[] kg
Underliggende tilstand:			
Detaljer om MEDICE-produkt			
Legemiddel	Indikasjon		
Doseringsform/administrasjonsmåte		_____ / <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top <input type="checkbox"/> annet: _____	
Daglig dose [enhet]		_____ []	
Behandlingsdatoer/varighet		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Inntak av legemiddel i følgende uker av graviditeten		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Sykdomsdatoer/varighet		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Har legemidlet vært brukt tidligere og tolerert?		<input type="checkbox"/> ikke forskrevet <input type="checkbox"/> forskrevet og tolerert <input type="checkbox"/> forskrevet og ikke tolerert	
Samtidige legemidler/samtidig sykdom			
1. Legemiddel	Indikasjon		
Behandlingsdatoer/varighet		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Sykdomsdatoer/varighet		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Administrasjonsmåte	Daglig dose [enhet]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top <input type="checkbox"/> annet: _____ []	
2. Legemiddel	Indikasjon		
Behandlingsdatoer/varighet		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Sykdomsdatoer/varighet		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Administrasjonsmåte	Daglig dose [enhet]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> annet: _____ []	
3. Legemiddel	Indikasjon		
Behandlingsdatoer/varighet		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Sykdomsdatoer/varighet		Fra: [] . [] . [] til: [] . [] . []	Varighet: [] []
Administrasjonsmåte	Daglig dose [enhet]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> annet: _____ []	
Andre sykdommer			
Risikofaktorer/andre relevante faktorer		<input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Ernæring <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Metabolske lidelser <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Stoffmisbruk <input type="checkbox"/> Implantater <input type="checkbox"/> Prevensjon <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> .Fysioterapi <input type="checkbox"/> Stråleterapi <input type="checkbox"/> Annet: :	

