

Lenalidomide Mylan

Skjema for rapportering av bivirkninger

Rapportør:

Tittel: _____

Fornavn: _____

Etternavn: _____

Stilling: _____

Adresse: _____

By: _____

Land: _____

Postkode: _____

Telefonnummer: _____

E-postadresse: _____

Pasient:

Pasient-ID (initialer): _____

Alder: _____

Fødselsdato: _____

Vekt: _____

Høyde: _____

Bivirkning

Dato bivirkningen oppstod: _____

Dato bivirkningen var over: _____

Eller: er bivirkningen vedvarende? _____

Generell diagnose av bivirkningen:

Beskrivelse av bivirkningen

Symptomer og behandling:

Utfall av bivirkningen

Kryss av for det som er relevant

Bivirkningen er over (helbredet):	
Helbredet med ettervirkning	
Ingen bedring	
Ukjent	
Fatal	
Dato for dødsfall (hvis relevant): :	
Mulig dødsårsak:	

Hvis obduksjon utføres, vennligst videresend rapporten. Vennligst legg ved relevante kliniske laboratorieundersøkelser som bekrefter hendelsen.

Alvorlighetsgrad av bivirkning (kryss av for alle passende alternativer)

Dødsfall	
Livstruende	
Sykehusinnleggelse eller forlengt innleggelse	
Varig eller betydelig nedsatt funksjonsevne	
Medfødte misdannelser	
Andre medisinsk viktige tilstander eller hendelser	
Ikke alvorlig	

Tiltak tatt med det mistenkte legemidlet

Behandlingen fortsetter uten endringer		Behandlingen fortsetter, men dosering endres	
Behandlingen avsluttes		N/A	
Vennligst spesifiser hvis dosering har blitt endret:			

Bivirkningsmeldingen

Første rapport om hendelsen		Siste rapport om hendelsen		Rapport nummer:
Navn:				
Tittel:				

Datert signatur:
