

Bron rapportage			
Rapport via		<input type="checkbox"/> Arts <input type="checkbox"/> Patiënt <input type="checkbox"/> Autoriteit <input type="checkbox"/> Literatuur <input type="checkbox"/> Overig:	
Naam			
Straat			
[Postcode] Plaats	Land		
Telefoonnummer	Faxnummer		
Instelling		<input type="checkbox"/> Kliniek <input type="checkbox"/> Artsenpraktijk <input type="checkbox"/> Overig:	
Patiëntgegevens			
Initialen van de patiënt		Achternaam [___] Voornaam [___] 2. Overige voorna(a)m(en) [___]	
Geboortedatum	Leeftijd	[___ . ___ . ___]	[___] Jaar
Geslacht		<input type="checkbox"/> vrouw (zwanger ?) <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja [___] . Week	
Etnische afkomst		<input type="checkbox"/> Blank <input type="checkbox"/> Afrikaans <input type="checkbox"/> Aziatisch <input type="checkbox"/> Overig:	
Lengte	Gewicht	[___] cm	[___] kg
Onderliggende aandoening:			
Details van Tiofarma-product			
Geneesmiddel	Indicatie		
Doseringsvorm / toedieningsvorm		_____ / <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> overig: _____	
Dagelijkse dosis [eenheid]		_____ [___]	
Behandeldata / duur:		Vanaf: [___ . ___ . ___] tot: [___ . ___ . ___]	Duur: ___ [___]
Geneesmiddelinname in zwangerschapsweek		Vanaf: [___ . ___ . ___] tot: [___ . ___ . ___]	Duur: ___ [___]
Data aandoening / duur:		Vanaf: [___ . ___ . ___] tot: [___ . ___ . ___]	Duur: ___ [___]
Is het geneesmiddel eerder ingenomen en verdragen?		<input type="checkbox"/> niet <input type="checkbox"/> voorgeschreven en verdragen <input type="checkbox"/> voorgeschreven <input type="checkbox"/> voorgeschreven en niet verdragen	
Gelijktijdige toegediende medicatie / gelijktijdig voorkomende aandoeningen			
1. Geneesmiddel	Indicatie		
Behandeldata / duur:		Vanaf: [___ . ___ . ___] tot: [___ . ___ . ___]	Duur: ___ [___]
Data aandoening / duur:		Vanaf: [___ . ___ . ___] tot: [___ . ___ . ___]	Duur: ___ [___]
Toedieningsvorm:	Dagelijkse dosis [eenheid]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> overig: _____ [___]	
2. Geneesmiddel	Indicatie		
Behandeldata / duur:		Vanaf: [___ . ___ . ___] tot: [___ . ___ . ___]	Duur: ___ [___]
Data aandoening / duur:		Vanaf: [___ . ___ . ___] tot: [___ . ___ . ___]	Duur: ___ [___]
Toedieningsvorm:	Dagelijkse dosis [eenheid]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> overig: _____ [___]	
3. Geneesmiddel	Indicatie		
Behandeldata / duur:		Vanaf: [___ . ___ . ___] tot: [___ . ___ . ___]	Duur: ___ [___]

Rapportageformulier over zwangerschap

		__]	
Data aandoening / duur:		Vanaf: [__ . __ . __] tot: [__ . __ . __]	Duur: __ [__]
Toedieningsvorm:	Dagelijkse dosis [eenheid]	<input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> top. <input type="checkbox"/> overig: _____	_____ [__]
Overige aandoeningen			
Risicofactoren / overige relevante factoren		<input type="checkbox"/> Nicotine <input type="checkbox"/> Dieet <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Metabole aandoeningen <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drugs/geneesmiddelmisbruik <input type="checkbox"/> Implantaten <input type="checkbox"/> Anticonceptie <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Fysiotherapie <input type="checkbox"/> Bestralingstherapie <input type="checkbox"/> Overig:	

Resultaat van de zwangerschap	
Beschrijving van het klinische verloop en het resultaat van de zwangerschap	

In geval van bijkomende bijwerkingen – causaliteit -:
Rapporteur (bijv. arts)
Ernst <input type="checkbox"/> ernstig <input type="checkbox"/> niet ernstig Reden: <input type="checkbox"/> fataal <input type="checkbox"/> levensbedreigend <input type="checkbox"/> permanente invaliditeit <input type="checkbox"/> maligniteit <input type="checkbox"/> congenitale misvorming <input type="checkbox"/> verlengde ziekenhuisopname <input type="checkbox"/> ziekenhuisopname vereist
Hevigheid <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> ernstig
Oorzakelijk verband met Tiofarma-product <input type="checkbox"/> zeker <input type="checkbox"/> onwaarschijnlijk <input type="checkbox"/> waarschijnlijk <input type="checkbox"/> geen relatie <input type="checkbox"/> mogelijk <input type="checkbox"/> niet vast te stellen <input type="checkbox"/> niet vastgesteld
Opmerkingen
Handtekening/Datum
Vul a.u.b. aanvullende formulieren in voor bijwerkingen bij deze patiënt tijdens de zwangerschap

STUUR DE INGEVULDE VRAGENLIJST A.U.B. PER E-MAIL NAAR: drugsafety@tiofarma.nl