

التاريخ: ___/___/___

1. بيانات مستخدم المستحضر

الاسم (اختياري):	تاريخ الميلاد:	العمر:
الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الوزن:	الطول:

2. بيانات معد التقرير

الاسم:	العنوان:	التاريخ:
صلة القرابة بالمريض:	الهاتف:	البريد الإلكتروني:

3. بيانات المستحضر

نوع المستحضر: دواء <input type="checkbox"/> مستحضر عشبي <input type="checkbox"/> لقاح (تطعيم) <input type="checkbox"/> مكمل غذائي/صحي <input type="checkbox"/> أخرى, حدد: <input type="checkbox"/>		
اسم المستحضر العلمي والتجاري:	اسم المصنع:	رقم التشغيل:
كيف حصلت على المستحضر	<input type="checkbox"/> من الصيدلية بوصفة طبية	<input type="checkbox"/> من الصيدلية بدون وصفة
اسم وعنوان المنشأة التي تم صرف المستحضر منها:	<input type="checkbox"/> من محلات أخرى غير الصيدلية, حدد:	
شكل المستحضر	<input type="checkbox"/> أقراص (حبوب)	<input type="checkbox"/> كبسولات
	<input type="checkbox"/> قطرة للعين- الأذن	<input type="checkbox"/> حقن
	<input type="checkbox"/> مرهم للعين-الأذن	<input type="checkbox"/> بخاخ
تاريخ بدء استخدام المستحضر:	طريقة تناول الدواء:	الغرض من استخدامه:
الجرعة:	تاريخ الصلاحية:	
هل أوقفت استخدام المستحضر	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم, التاريخ:

4. صف المشكلة المتعلقة بجودة أو فعالية المستحضر أو العرض الجانبي وكيف تم علاجه وأي معلومات أخرى تعتقد أنها ضرورية تشمل الحالة الصحية أو أية حساسية:

التاريخ: ____/____/____

ملاحظة: إذا كان التقرير عن جودة مستحضر يكتفى بالبيانات أعلاه, أما إذا كان التقرير عن عرض جانبي الرجاء إكمال باقي النموذج

5. بيانات المستحضرات الأخرى المستخدمة (أذكر المستحضرات الأخرى المستخدمة حالياً وكذلك المستخدمة قبل ظهور العرض الجانبي يشهر)

اسم المستحضر	الجرعة	تاريخ بدء الاستخدام	تاريخ انتهاء الاستخدام	الغرض من الاستخدام

6. بيانات العرض الجانبي

تاريخ بدء ظهور العرض الجانبي:	<input type="checkbox"/> مميت, تاريخ الوفاة:	<input type="checkbox"/> مهدد للحياة	<input type="checkbox"/> سبب إعاقة دائمة
مدى خطورته	<input type="checkbox"/> تطلب الدخول إلى المستشفى	<input type="checkbox"/> أطل مدة البقاء في المستشفى	<input type="checkbox"/> تسبب في عيوب خلقية للأجنة
	<input type="checkbox"/> تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم	<input type="checkbox"/> أخرى, حدد	
هل زال العرض الجانبي؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم, التاريخ:	
حالة المريض حالياً	<input type="checkbox"/> تعافى بشكل كامل, التاريخ:	<input type="checkbox"/> في طور التحسن	<input type="checkbox"/> غير معروف.

7. معلومات أخرى

هل تم إبلاغ الطبيب أو الصيدلي بهذه الأعراض	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أدري
إذا كانت الإجابة بنعم هل قام بتعبئة نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أدري
هل يمكننا الحصول على معلومات إضافية من طبيبك المعالج؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة بنعم على النقطة السابقة الرجاء تزويدنا بمعلومات الاتصال الخاصة بطبيبك			
اسم الطبيب:	المستشفى:	الهاتف:	



التاريخ: ____/____/____

- **الخصوصية:** يتم التعامل مع المعلومات الواردة في التقرير بسرية تامة وهي محمية بشكل كامل بما في ذلك هوية المريض و معد التقرير. كما لا يمكن أن تستخدم هذه المعلومات ضد معد التقرير بأي حال من الأحوال.
- يستطيع المرضى إرسال تقارير الأعراض الجانبية وجودة المستحضرات بشكل طوعي. شركة الحلول الطبية المبتكرة تقدر بأن تعبئة هذا النموذج يستغرق بعض الوقت، لكن الإبلاغ عن الأعراض الجانبية وجودة المستحضرات أمر حيوي وهام لتحقيق الاستخدام الآمن للدواء. إن المعلومات الكافية المقدمة عن الأعراض الجانبية وجودة المستحضرات من قبل المرضى تمكننا من تقدير مدى مأمونية المستحضرات المتداولة في المملكة.

يمكنك استخدام النموذج للإبلاغ عن الأعراض الجانبية وجودة
المستحضرات التالية:

كيفية إرسال التقرير:

- قم بتعبئة النموذج
- أرفق أي أوراق إضافية عند الحاجة
- استخدم نموذج مستقل لكل مستحضر
- الأدوية
- اللقاحات (التطعيمات)
- المستحضرات العشبية
- المكملات الغذائية/الصحية

شركة الحلول الطبية المبتكرة - افيسينا

طريق الملك عبدالعزيز، الربيع، الرياض 13315

هاتف : 011 - 205 5636

الانترنت: www.avicenna-ihs.com

البريد الإلكتروني vigilance@avicenna-ihs.com