**Vorgehen bei einer Unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW), Produkteunverträglichkeit oder qualitativen Beanstandung:**

|  |
| --- |
| \***Retouren**  Bitte beachten Sie das Retouren-Reglement von ebi-pharm ag ([www.ebi-pharm.ch/Fachbereich](http://www.ebi-pharm.ch/Fachbereich)). Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass eine Gutschrift nur veranlasst werden kann, wenn das UAW-Formular vollständig ausgefüllt und die beanstandete Ware vorliegend ist. |

|  |
| --- |
| **\*\*Arzneimittelsicherheit. Geteilte Verantwortung!**  „*Werden im Rahmen der Pharmakotherapie bei einem Patienten meldepflichtige unerwünschte Wirkungen beobachtet, so muss – trotz Zusatzaufwand für den Primärmelder – zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit Meldung […] erstattet werden. Dies nicht nur aus rechtlichen, sondern auch aus ethischen Gründen.“* Swissmedic Vigilance News / Edition 19 – November 2017  Bitte reichen Sie vollständig dokumentierte Fälle / ausgefüllte UAW-Formulare ein. Bitte verwenden Sie zur Meldung einer UAW das Formular auf Seite 2. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt! |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)**  **oder Meldung einer Produktunverträglichkeit (UW)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° ebi-pharm: |
| Pat. Initialen | | | | Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | Geschlecht | | | | | | Gewicht | | | | | Beginn der UAW | | | | | | | | | Dauer der UAW |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  | |  | | |  |
| Vorname | | Name | | Tag | | Monat | | | Jahr | | | | | | | Weibl. | | Männl. | | | | kg | | | | | Tag | | | Monat | | | Jahr | | |  |
| **Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung /Produktunverträglichkeit**  (Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Latenzzeit der UAW\* |
|  |
| \* Zeit zwischen Gabe des Produk- tes und Auftreten der UAW |
| Fortsetzung s. Rückseite  **Relevante Untersuchungsereignisse** (z.B. Laborwerte mit Datum, evt. Kopien beilegen): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Traten die Symptome nach jeder Anwendung auf?  ja  nein  Falls ja, waren sie nach jeder Anwendung**:**  gleich stark  nahmen ab wurden immer stärker | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Allfällige Therapie der UAW**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Was haben Sie nach Auftreten der Symptome gemacht?  Medizinische Fachperson aufgesucht:  Arzt  Drogerie/Apotheke Seine Diagnose/Behandlung:  Produkt abgesetzt:  ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch? Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe?  ja  nein  anderes:        ja  nein  anderes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Folgen der vermuteten UAW:**  ohne Schaden erholt  noch nicht erholt  anderes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tod  lebensbedrohend  Hospitalisierung  bleibende Schädigung oder Behinderung  medizinisch wichtig | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Um welches Produkt handelt es sich?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Markenname | | | | | | | Lot-Nr. / Verfall | | | | | | | | | Tagesdosis | | | | | Applikations-  weg | | | | | | | Gegeben\*  von bis | | | | | | | Indikation | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | | | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Weitere, gleichzeitig eingesetzte Produkte** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | | | | |  | |  | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | | | | |  | |  | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wo haben sie das Produkt gelagert?      War die Packung:neu angebrochen  seit längerer Zeit geöffnet  \* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schwangerschaft / Stillzeit: | | | | | | | | | | | | | | Krankheiten: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergie, Unverträglichkeiten: | | | | | | | | | | | | | | Alkohol: | | | | | | | | | | | Stress: | | | | | | | | | | | | |
| Sonnenexposition: | | | | | | | | | | | | | | Rauchen: | | | | | | | | | | | Urlaub: | | | | | | | | | | | | |

**Absender oder Stempel der Fachperson:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  | Telefon |  |
| Adresse |  |  | Fax |  |
|  |  |  | e-Mail |  |
|  |  |  |  |  |

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontaktaufnahme erwünscht