



DEEF Pharmaceutical Ind. Co.

نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية وجودة المستحضرات الصيدلانية

ANNEXURE-RA003/A04

1. بيانات مستخدم المستحضر :

الاسم : تاريخ الميلاد:/...../..... العمر:
الجنس: ذكر أنثى الوزن: الطول:

2. بيانات معد التقرير :

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

3. بيانات المستحضر :

نوع المستحضر: دواء مستحضر عشبي لقاح (تطعيم) مكمل غذائي/صحي أخرى, حدد:
اسم المستحضر العلمي والتجاري: اسم المصنع: رقم التشغيل:
كيف حصلت على المستحضر من الصيدلية بوصفة طبية من الصيدلية بدون وصفة
 من محلات أخرى غير الصيدلية, حدد:

اسم وعنوان المنشأة التي تم صرف المستحضر منها:

شكل المستحضر:

أقراص (حبوب) كبسولات شراب تحاميل
مرهم للعين-الأذن لاصقات أعشاب/خلطة عشبية غير ذلك, حدد:
قطرة للعين-الأذن حقن دهان/كريم للجلد بخاخ
تاريخ بدء استخدام المستحضر:/...../..... طريقة تناول الدواء:
الغرض من استخدامه:
الجرعة: تاريخ الصلاحية:/...../.....
هل أوقفت استخدام المستحضر لا 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:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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



DEEF Pharmaceutical Ind. Co.

نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية وجودة المستحضرات الصيدلانية

ANNEXURE-RA003/A04

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

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

6. بيانات العرض الجانبي :

تاريخ بدء ظهور العرض الجانبي:/...../.....

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

7. معلومات أخرى :

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

يمكنك استخدام النموذج للإبلاغ عن الأعراض الجانبية وجودة المستحضرات التالية:

- الأدوية
- اللقاحات (التطعيمات)
- المستحضرات العشبية
- المكملات الغذائية/الصحية

• كيفية إرسال التقرير:

- قم بتعبئة النموذج
- أرفق أي أوراق إضافية عند الحاجة
- استخدم نموذج مستقل لكل مستحضر
- ارسل التقرير على شركة ديف:
صندوق بريد 221313
الرمز البريدي الرياض 11311
تليفون : 0114027575 (+966)
0114029696 (+966)
فاكس : 0114028585 (+966)
البريد الإلكتروني MedRaPV@deef.com