

Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) N°

Pat. Initialen	Geburtsdatum	Geschlecht	Gewicht	Beginn der UAW	Dauer der UAW
° °	° ° ° ° ° ° ° °	<input type="checkbox"/> Weibl. <input type="checkbox"/> Männl.	° ° ° °	° ° ° ° ° ° ° °	° ° ° °
Vorname Name	Tag Monat Jahr		kg	Tag Monat Jahr	

Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung (Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf): °°°°°	Latenzzeit der UAW* °°°°
---	------------------------------------

°°°°°

* Zeit zwischen Gabe und UAW (bitte bei Impfreaktionen in Stunden angeben)
 Rückseite

Fortsetzung s.

Relevante Untersuchungsergebnisse (z.B. Laborwerte mit Datum, Histologie, evtl. Kopien beilegen): °°°°°

°°°°°

Allfällige Therapie der UAW: °°°°°

°°°°°

Folgen der vermuteten UAW

<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> bleibende Schädigung oder Behinderung
<input type="checkbox"/> lebensbedrohend	<input type="checkbox"/> Hospitalisation verlängert	<input type="checkbox"/> vorübergehend schwer beeinträchtigt / medizinisch wichtig
<input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt	<input type="checkbox"/> noch nicht erholt	<input type="checkbox"/> anderes: °°°°°
Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch		Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe
von:		von:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> anderes: °°°°°	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> anderes: °°°°°	

Verdächtige Arzneimittel

Markenname	Lot-Nr. (Biologika, z.B. Impfstoffe)	Tagesdosis	Applik. weg	gegeben von*	bis**	Indikation
1. °°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°
2. °°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°
3. °°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°

Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel

°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°
°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°
°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°
°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°
°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°	°°°°°

* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre) °°°°° ** Datum oder Dauer, wenn weitergegeben: WEITER

Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren

Schwangerschaft (letzte Periode am: °°°°°)	Allergien: °°°°°	Rauchen: °°°°°
Alkohol: °°°°°	Nierenleiden: °°°°°	Kreatinin: °°°°°
Leberleiden (Virusserologien): °°°°°		anderes: °°°°°

Bitte senden Sie die Meldung per Post, Telefax oder E-Mail an: Swissmedic, Einheit Pharmacovigilance, Hallerstrasse 7, 3012 Bern, Telefax: +41 58 462 02 12, E-Mail: vigilance@swissmedic.ch

Absender oder Stempel:

Name	_____	Telefon	_____
Adresse	_____	Fax	_____
	_____	E-Mail	_____

Weitere Bemerkungen (Beurteilung/Kommentar, Beilagen):

Meldungen und Information über Produktmängel:

Telefonisch, per Fax oder E-Mail erbeten an Tel. 058 463 16 63; Fax 058 462 07 22, E-Mail: market.surveillance@swissmedic.ch

Toxikologische Notfälle: Direkt Tox Info Suisse anfragen (Tel. 145)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Änderungshistorie

Version	Gültig und verbindlich ab	Beschreibung, Bemerkung (durch Autor/in erstellt)	Visum Autor/in
14	01.01.2021	Überarbeitung wegen Einführung der Meldeflussumkehr	ts
13	19.10.2017	E-Mail-Adresse, Tel.-Nr. und Institutsname korrigiert.	bh
12	01.08.2015	Adresse geändert von „Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum“ zu „Tox Info Suisse“	zt
11	29.09.2014	Telefon- und Faxnummern innerhalb des Dokuments aktualisiert, neue Änderungshistorie ins Dokument eingefügt	sel