



Bericht über unerwünschte Ereignisse

an das Paul-Ehrlich-Institut, Referat Arzneimittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen



Tel: (06103) 77-0

E-Mail: CoV2MAB@pei.de

Fax: (06103) 77-1263

Code-Nr.	Pat. Init. Nachn. Vorn.	Geburtsdatum Tag Mon Jahr	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Tätigkeit	ethn. Zugeh.	Schwangerschafts- monat:
----------	------------------------------	----------------------------------	---	---------------	-----------------	-----------	--------------	-----------------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen einschließlich mangelnder Wirksamkeit aufgetreten am: _____ Dauer: _____

Arzneimittel/Darreichungsform	Tagesdosis	Applikation	von	gegeben	bis	wegen
1. Arzneimittel: Chargen-Nr.:						
2. Chargen-Nr.:						
3. Chargen-Nr.:						
4. Chargen-Nr.:						

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4

dieses früher gegeben ja nein

vertragen ja nein

ggf. Reexposition ja nein

Grunderkrankung: _____ **Begleiterkrankungen:** _____

Anamn. Besonderheiten: Allergien _____

Veränderung von Laborparametern im Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung: *

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: lebensbedrohend ja nein Hospitalisierung? *) ja nein

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiederhergestellt bleibender Schaden/Folgeschaden noch nicht wiederhergestellt unbekannt

Exitus: [Arzneimittelbeitrag möglich als Folge der UAW ohne Beitrag des Arzneimittels]

Todesursache: Sektion: *) ja nein

Beurteilung des Kausalzusammenhanges: gesichert wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich unbeurteilt nicht zu beurteilen

Weitere Bemerkungen:

a) beh. Arzt
b) Hersteller
c) Arzneimittel-Komm.

Wer wurde informiert: PEI Hersteller Arzneimittel-Komm.-Ärzte Sonstige: _____

Name des Arztes: _____ Hersteller: _____ Datum: _____

Fachrichtung: _____

PLZ: _____

Klinik ja nein (ggf. Stempel) _____ Unterschrift _____

*) ggf. Befund beifügen