

بيان حدوث آثار جانبية

الاسم:..... تاريخ الميلاد(او السن وقت تلقي العلاج):.....
 النوع : ذكر انثى رقم المستشفى :
 تاريخ اليوم:..... الطول:..... الوزن:..... الفئة العمرية:.....
 التشخيص:..... بروتوكول العلاج:.....

اسم الدواء المستخدم وتركيزه:	طريقة تلقي العلاج	الشركة المنتجة	رقم التشغيل	هل حدثت آثار جانبية؟	هل تم إيقاف العلاج؟	هل توقفت الآثار في حالة إيقاف العلاج؟	هل تم استئناف العلاج؟	هل عادت الآثار في حالة استئناف العلاج؟
..... -١				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
..... -٢				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
..... -٣				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				

هل يعاني المريض من أي أمراض أخرى:- اذكرها (.....)
 هل يتناول المريض أي أدوية أخرى:- اذكرها (.....)
 تاريخ بداية جرعة الدواء: / / وقت بداية جرعة الدواء: :
 تاريخ نهاية جرعة الدواء: / / وقت نهاية جرعة الدواء: :

نوع الآثار الجانبية التي ظهرت :

الجلد	احمرار <input type="checkbox"/>	رعشة <input type="checkbox"/>	ارتكاليا <input type="checkbox"/>	سخونة <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
الجهاز التنفسي	ضيق نفس <input type="checkbox"/>	صغير <input type="checkbox"/>	كحة <input type="checkbox"/>	عطس <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
الجهاز الهضمي	غثيان <input type="checkbox"/>	قيء <input type="checkbox"/>	الم بطن <input type="checkbox"/>	اسهال <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
الجهاز الدوري	سرعة ضربات القلب <input type="checkbox"/>	انخفاض ضغط الدم <input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/>	التهاب الوريد <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
الجهاز العصبي	ألم أو تمييل الأطراف <input type="checkbox"/>	تشنجات <input type="checkbox"/>	اغماء <input type="checkbox"/>	ألم عام <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>

وقت بدء الآثار الجانبية: : وقت انتهاء الآثار الجانبية: :
 مده استمرار الآثار الجانبية:.....
 حالة المريض الآن : تعافى ما زال الأثر العكسي مستمر ما زال يتعافى تعافى مع وجود مضاعفات حدثت وفاه
 هل كان الأثر العكسي خطيرًا (وفقًا لأسباب الخطورة المذكورة أدناه):؟ نعم لا لا أعرف
 إذا كانت الإجابة بنعم (الأثر خطير) حدد سبب أو أكثر:
 تسبب في الوفاة مهدد للحياة تسبب في دخول المريض للطوارئ تسبب في إطالة مدة البقاء في المستشفى تسبب في إعاقة دائمة
 تسبب في عيوب خلقية للأجنة تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم

كيف تم التعامل مع الأعراض؟

إيقاف العلاج تقليل الجرعة زيادة الجرعة لا تغيير

مضادات حساسية	سوليوكورتيف <input type="checkbox"/>	افيل <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
استخدام دواء لعلاج أعراض الآثار الجانبية <input type="checkbox"/>	برفلجان <input type="checkbox"/>	بارامول <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
خافض حرارة <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
اكسجين <input type="checkbox"/>			

ملخص الواقعة و الملاحظات :

المبلغ :- الاسم :.....
 التليفون :..... المهنة :.....
 توقيع الطبيب المعالج :.....