

## Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) von Heilmitteln der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)

N° \_\_\_\_\_

Pat. Initialen _____ Vorname Name	Geburtsdatum _____ Tag Monat Jahr	Geschlecht _____ Weibl. Männl.	Gewicht _____ kg	Beginn der UAW _____ Tag Monat Jahr	Dauer der UAW _____
---	---	--------------------------------------	------------------------	---	------------------------

### Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung

(Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf):

Latenzzeit der UAW\*  
\_\_\_\_\_

\* Zeit zwischen Gabe und UAW

Fortsetzung s. Rückseite

### Relevante Untersuchungsergebnisse (z.B. Labor, Histologie):

### 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

ja  nein  anderes:

von: .....

ja  nein  anderes:

### Verdächtige Arzneimittel

*Name der Formel / Präparatename:	Galenische Form: Granulat, Tablette, Rohdroge, Andere	Tagesdosis	Applik. weg	gegeben von**	gegeben bis***
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

### Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel: (auch in Selbstmedikation)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

\* Falls mehrere Wirkstoffe – Zusatzblatt ausfüllen \*\* 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: .....

Weitere Bemerkungen bitte auf der Rückseite anbringen

bitte wenden ->

Bitte an das regionale Pharmacovigilance-Zentrum senden (Adressen inkl. e-mail siehe unten). Das Formular kann auch an eine andere der unten aufgeführten Stellen geschickt werden. Bei Versand mit e-mail ausserhalb geschützter Netze ist die Vertraulichkeit der Daten nicht gewährleistet.

Vertriebsfirma:

Name

Adresse

Absender oder Stempel:

Name  Telefon

Adresse  Fax

e-mail

Weitere Bemerkungen (Beurteilung / Kommentar):

**Regionale Pharmacovigilance-Zentren**

Basel	Bern	Genf
<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Klinik für Pharmakologie und Toxikologie Universitätsspital Hebelstrasse 2 4031 Basel</p> <p>Tel. 061 265 88 68/62 · Fax 061 265 88 64 vigilance@uhbs.ch www.unibas.ch/kpharm</p>	<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Institut für Klinische Pharmakologie Universität Bern Murtenstrasse 35 3010 Bern</p> <p>Tel. 031 632 31 91 · Fax 031 632 49 97 vigilance@ikp.unibe.ch www.ikp.unibe.ch/mid</p>	<p>Centre d'informations thérapeutiques et Centre régional de pharmacovigilance Service de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpitaux Universitaires de Genève 1211 Genève 14</p> <p>Tel. 022 382 99 36/32 · Fax 022 382 99 40 medvig@hcuge.ch www.pharmacoclin.ch</p>
Lausanne	Lugano	
<p>Service d'informations thérapeutiques, Centre régional de pharmacovigilance et Swiss Teratogen Information Service STIS Division de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpital de Beaumont 6<sup>ème</sup> étage 1011 Lausanne CHUV</p> <p>Tel. 021 314 41 89 · Fax 021 314 42 66 vigil@chuv.hospvd.ch www.hospvd.ch/chuv/pcl/</p>	<p>Centro regionale di farmacovigilanza Ospedale Regionale Lugano Sede Civico Via Tesserete 46 6903 Lugano</p> <p>Tel. 091 811 67 50 · Fax 091 811 67 51 farmacovigilanza@bluewin.ch www.ikp.unibe.ch/farmacovigilanza</p>	
Zürich		
<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Abteilung Klinische Pharmakologie und Toxikologie Universitätsspital 8091 Zürich</p> <p>Tel. 01 255 27 70 · Fax 01 255 44 11 medi.info@dim.usz.ch www.unizh.ch/dim/pharma</p>	<p>Medikamenteninformationsdienst / Pharmacovigilance Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum Freiestr. 16, Postfach 8028 Zürich</p> <p>Tel. 01 634 10 36 · Fax 01 252 88 33 medi.info@dim.usz.ch www.toxi.ch</p>	

**Dringende Meldungen und Information über Produktmängel:**  
telefonisch oder per Fax erbeten an Tel. 031 322 03 52; Fax 031 322 04 18

Swissmedic · Swissmedic Pharmacovigilance-Zentrum · vigilance@swissmedic.ch · www.swissmedic.ch

**Toxikologische Notfälle: direkt das Tox-Zentrum anfragen (Tel. 01 251 51 51)**

Datum:

Unterschrift:

