

Notifica di reazione avverse (RA) da farmaci

N°

Iniziali del paz. Data di nascita sesso peso grandezza

nome cognome giorno mese anno femm. masch. kg cm

RA iniziata il Durata della RA Periodo di latenza della RA*

giorno mese anno

* tempo trascorso tra la somministrazione del farmaco e l'inizio della RA (in ore per le reazioni ai vaccini)

Descrizione della reazione avversa

(diagnosi, sintomi, segni clinici, evoluzione): ○○○○

○○○○

Risultati di ev. esami (es. valori di laboratorio con data, istologia, aggiungere eventuali copie): ○○○○

○○○○

Terapie della RA: ○○○○

○○○○

Conseguenze della RA

- decesso ricovero in ospedale lesioni permanenti o invalidità
 pericolo di vita ricovero prolungato grave incapacità transitoria / rilevanza particolare
 guarigione completa non ancora ristabilito/a altro: ○○○○

Miglioramento della sintomatologia dopo l'interruzione della terapia

- si no altro : ○○○○

Peggioramento dopo la riesposizione al farmaco (nome):

- si no altro : ○○○○

Farmaci sospetti

Nome commerciale	Numero di lotto. (prodotti biologici o vaccini)	Dose giornaliera	Modo d'applicazione	dato		indicazione
				dal*	al**	
1. ○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
2. ○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
3. ○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○

Altri farmaci somministrati contemporaneamente

○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○

* periodo o durata (giorni, mesi o anni) ○○○○ ** periodo o durata, se il trattamento continua: IN CORSO

Altre malattie rilevanti o fattori predisponenti

gravidanza (ultima mestruazione il: ○○○○)

allergie: ○○○○

tabagismo: ○○○○

alcol : ○○○○

nefropatia: ○○○○

Creatinina (valore e data): ○○○○

epatopatia (serologia virale): ○○○○

altro : ○○○○

Si prega di inviare la notifica tramite posta (Swissmedic, unità Farmacovigilanza, Hallerstrasse 7, 3012 Berna), fax (+41 58 462 02 12) oppure e-mail (vigilance@swissmedic.ch).

Mittente o timbro:

Nome	○○○○	telefono	○○○○
Indirizzo	○○○○	fax	○○○○
	○○○○	e-mail	○○○○
	○○○○		

Ulteriori annotazioni (valutazioni, commenti, copie allegate):

○○○○

**Per favore vogliate comunicare informazioni riguardanti difetti di qualità telefonicamente, per fax o E-Mail a Swissmedic:
Tel. 058 463 16 63; fax 058 462 07 22, E-Mail: market.surveillance@swissmedic.ch**

In casi urgenti di intossicazione rivolgersi direttamente al Tox Info Suisse al numero 145

Data: ○○○○

Firma:

Cronistoria delle modifiche

Versione	Valida e vincolante dal	Descrizione, osservazione (dell'autrice / tore)	Visto autrice / autore
15	02.09.2021	Grandezza aggiunta	bes
14	01.01.2021	Revisione dovuta all'introduzione dell'inversione del flusso di notifica	ts
13	19.10.2018	Correzione d'indirizzo e-mail, n° di telefono e il nome dell'istituzione	bh
12	01.08.2015	Indirizzo cambiato da „Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum“ a „Tox Info Suisse“	zt
11	29.09.2014	Numeri di telefono e di fax all'interno del documento aggiornati, nuova cronistoria delle modifiche nel documento inserita	sel