Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

(auch Verdachtsfälle)

ARZNEIMITTEL KOMMISSION der Deutschen Apotheker

Speichern | per E-Mail versenden | Drucken

AMK-Eingangsvermerk

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)
Heidestraße 7 • 10557 Berlin
Telefax : 030 40004-553 • Telefon: 030 40004-552
E-Mail : amk@arzneimittelkommission.de
Internet : www.arzneimittelkommission.de

Patient/in [1]

Initialen _____ Geburtsdatum __ . __ . ____

Geschlecht ☐ w ☐ m

Schwangerschaft _____ . Monat

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung [2]

Aufgetreten am | Dauer

Arzneimittel / PZN [3]	Ch.-B.	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung von	bis	Indikation
1						
2						
3						
4						
5						

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten [4]
(z.B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber-/Nierenfunktionsstörungen)

Relevante Untersuchungsergebnisse [5]
(z.B. Laborwerte mit Datum)

Maßnahmen / Therapie [6]

Folgen der vermuteten UAW [7]

- ☐ Tod
- ☐ lebensbedrohend
- ☐ ohne Schaden erholt
- ☐ Krankenhausaufenthalt
- ☐ Krankenhausaufenthalt verlängert
- ☐ noch nicht erholt
- ☐ bleibende Schäden oder Behinderung
- ☐ vorübergehend schwer beeinträchtigt
- ☐ Sonstiges:

Besserung nach Therapieabbruch
○ ja ○ nein ○ keine Angabe

Verschlechterung nach erneuter Gabe
○ ja ○ nein ○ keine Angabe

Apotheke [8]
Anschrift

Telefonnummer	Apothekerkammer
Ansprechpartner/in	Datum

[1]-[8] siehe Erläuterungen

Erläuterungen zum UAW-Berichtsbogen

1. Bei der Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) sind Angaben zur Person wie Initialen des Patienten (vorzugsweise in der Reihenfolge Nachname, Vorname), Geburtsdatum und Geschlecht unverzichtbar, v.a. um Doppelmeldungen zu erkennen und zu vermeiden.

2. Geben Sie bitte möglichst genau die Beschwerden/Symptome des Patienten und den Zeitpunkt des Auftretens sowie die Dauer an. Bei Verdacht auf Missbrauch wird um Schilderung der näheren Umstände gebeten (Menge, Dauer, Anzahl der Fälle usw.)

3. Bitte genaue Bezeichnung des Arzneimittels, des Medizinproduktes oder des Nahrungsergänzungsmittels, Pharmazentralnummer und ggf. Chargenbezeichnung angeben. Geben Sie bitte die Anwendungsdauer, die Dosierung und auch die Begleitmedikation an. Kreuzen Sie bitte an, für welche(s) Arzneimittel die UAW vermutet wird. Eine Einsendung des betreffenden Arzneimittels ist nur in (seltenen) Fällen notwendig, in denen als Ursache für eine unerwünschte Wirkung ein Qualitätsmangel des Präparates vermutet wird.

4. Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten sollten in Erfahrung gebracht werden; diese Angaben sind wichtig für die Kausalitätsbewertung.

5. Sofern verfügbar, tragen Sie bitte relevante Untersuchungsergebnisse ein.

6. Welche Maßnahmen wurden ergriffen?

7. Die Folgen und die Schwere der vermuteten UAW sollten, wenn möglich, dokumentiert werden.

8. Um die Bearbeitung in der AMK-Geschäftsstelle nicht zu verzögern und um ggf. erforderliche Rückfragen stellen zu können, wird die genaue Apothekenanschrift, Telefonnummer, Ansprechpartner/in, die Apothekerkammer und das Datum benötigt.

Der UAW-Berichtsbogen kann online ausgefüllt und versendet werden. Zusätzlich steht er als PDF-Dokument zum Download bereit.

Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)
Heidestraße 7
10557 Berlin

Telefon: **030 40004-552**
Fax: **030 40004-553**
amk@arzneimittelkommission.de
www.arzneimittelkommission.de