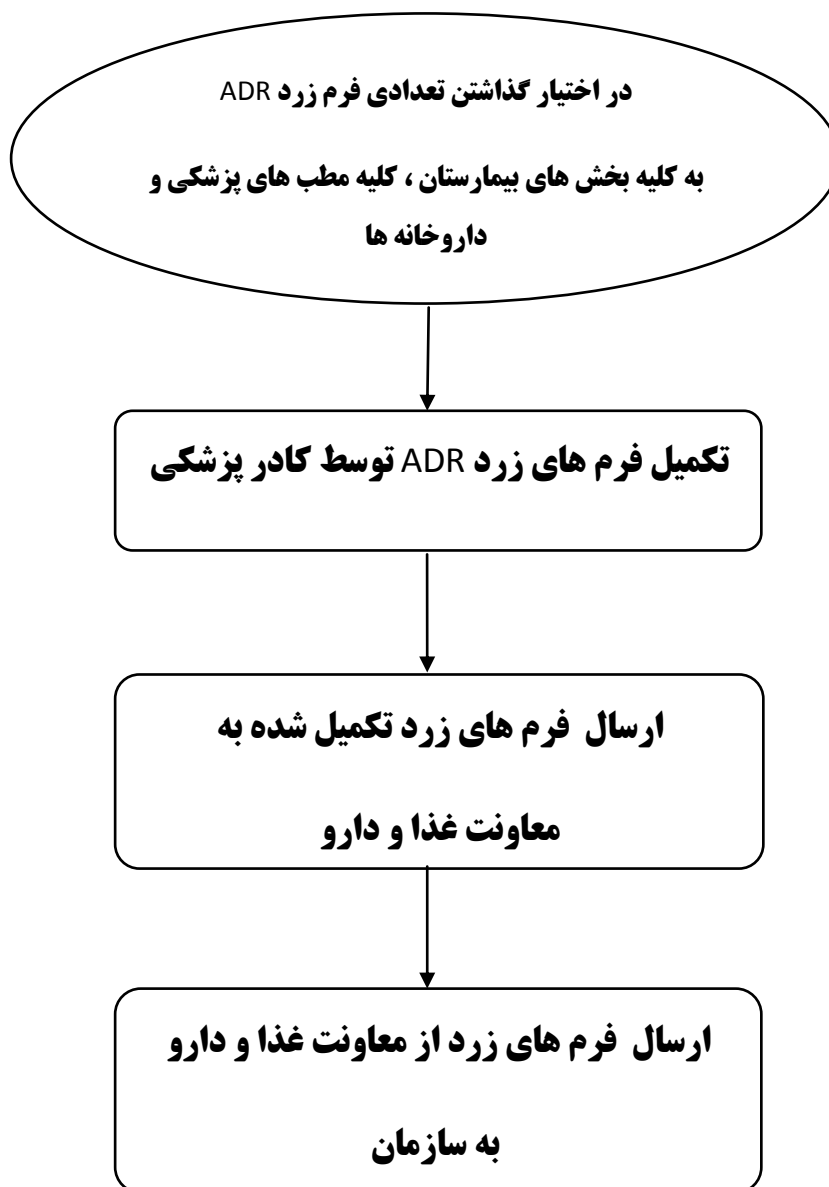


## فرآیند فرم های زرد تکمیل شده

نمودار فرآیند

فرم زرد ADR

## نمودار فرآیند



## فرم زرد ADR

### بست جواب قبول

طی قرارداد ۱۳۱۵۲/۳۱ هزینه بست پرداخت گردیده است



بنیاد بیمه های سلامت ایران

طرف قرار ۵۱۵ : معاونت غذا و دارو

تهران - صندوق پستی ۹۴۸-۱۴۱۸۵

تلفن: ۴-۸۸۹۲۳۱۹۳ نماینده: ۸۸۸۹۰۸۵۲

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسباید)

مشخصات گزارشگر:  پزشک  داروساز  پرستار  منحصم سایر متاعل.....

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان ..... شهرستان ..... روستا ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک .....

تاریخ: ... / ... / ... امضاء یا مهر گزارشگر:

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

۱- مشخصات بیمار:  
 نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 سن: \_\_\_\_\_  
 جنس:  مذکر  مؤنث  یاردار  
 محل سکونت: \_\_\_\_\_  
 تلفن: \_\_\_\_\_

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /  
 ۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است!

۶- سابقه بیمار: (آلزایم، بیماری ارنی، قفس آئزیمی، بیماریهای قلبی، کتیکات و...):

۷ آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو کاهش یافته است؟  بله  خیر  آمارو قطع نشده است  
 ۸ آیا بعد از تکرار مصرف دارو عارضه مجدداً ظاهر شده است؟  بله  خیر  آمارو مجدداً مصرف نگردید

۹- برانجام عارضه دارویی:  بهبودی  عدم بهبودی  نقص عضو  مرگ  سایر موارد:  
 ۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟  بله  خیر

۱۱- یافته های پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی	مدت مصرف روزانه	رله مصرف	نوع مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی	مدت مصرف روزانه	رله مصرف	نوع مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

توضیحات:

\* شکل، قدرت دارویی، میزان ماده دارو در شکل دارویی مصرف شده، تاریخ شروع مصرف، تاریخ پایان مصرف، کارخانه سازنده و شماره سری ساخت