

Datenschutzerklärung: Dieses Formblatt unterliegt den anwendbaren Datenschutzbestimmungen. Die auf diesem Formblatt angegebenen Informationen können in andere Länder weitergeleitet und dort verarbeitet werden. Machen Sie keine weiteren Angaben durch die ein Patient identifiziert werden kann, als die, die in diesem Formblatt erfragt werden. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen werden ausschließlich zu Zwecken der Pharmakovigilanz und der Überwachung der Arzneimittelsicherheit verwendet. Weitere Informationen können Sie unter <https://www.amgen.de/datenschutz/> abrufen.

PATIENTEN INFORMATION			AMGEN ARZNEIMITTEL			
Initialen	Alter	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Amgen Verdachtspräparat	Dosierung	Dosierungsintervall	Applikationsart
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
männlich	weiblich	<input type="text"/>	Datum der ersten Verabreichung	<input type="text"/>	Datum der letzten Verabreichung vor dem Ereignis	<input type="text"/>

UNERWÜNSCHTES EREIGNIS

Unerwünschtes Ereignis	Datum des ersten Auftretens (TT/MM/JJJJ) und Uhrzeit (HH:MM; 24 hr)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beschreibung des Ereignisses

Diagnostische Tests und Untersuchungen

Behandlung

Der Patient erholte sich von dem Ereignis	Ja	Datum (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>	Nein	Unbekannt
Der Patient verstarb aufgrund des Ereignisses	Ja	Datum (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>	Nein	Unbekannt
Das Ereignis war lebensbedrohlich	Ja	Nein	Unbekannt		
Das Ereignis verursachte dauerhafte oder erhebliche Behinderung	Ja	Nein	Unbekannt		
Erforderte Krankenhausaufenthalt oder dessen Verlängerung	Ja	Nein	Unbekannt		
Das Ereignis führte zu angeborener Anomalie oder Geburtsfehler	Ja	Nein	Unbekannt		
Das Ereignis klang nach Absetzen des Medikaments ab	Ja	Nein	Unbekannt		
Das Ereignis trat nach erneuter Verabreichung erneut auf	Ja	Nein	Unbekannt		

In welchem Land trat das Ereignis auf?

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE	BEGLEITMEDIKATION
<small>(Vergangene und aktuelle Erkrankungen, chirurgische Eingriffe, Allergien, Schwangerschaft, Stillzeit, Familienanamnese usw.)</small>	<small>(Name, Dosierung, Dosierungsintervall, Applikationsart)</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

BERICHTENDE PERSON

Name:	<input type="text"/>	Angehöriger der Gesundheitsberufe?	Ja	Nein
Land:	<input type="text"/>			
eMail:	<input type="text"/>			
Telefon:	<input type="text"/>			