

KULLANILAN İLAÇLAR (Ticari İsmi) ve AŞILAR (Seri No'sunu belirtiniz)

ŞÜPHELİ İLAÇLAR	VERİLİŞ YOLU	GÜNLÜK DOZ	BAŞLAMA TARİHİ	KEŞİLDİĞİ TARİHİ	İLAÇIN HANGİ ENDİKASYON İÇİN VERİLDİĞİ

DiĞER GÖZLEMLER

BİLDİRİMLİ YAPAN KİŞİNİN: (Doktor, dış hekimni veya eczacı)

Mesleği: Adresi: **İsmi:** Tel No.

İmza: Tarih:

Gönderileceği Adres: Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi (TADMER)
İlkiz Sokak No: 4 Sıhhiye, Ankara 06100

TADMER BİLDİRİM FORMU ÖRNEĞİ
ADVERS İLAÇ ETKİLERİ BİLDİRİMİ

(Hastanın ve bildirimci doluduran doktor—dış hekim—eczacının adı gözi tutulacaktır)

A- Bildirilmesi istenen etkiler, tedavi amacıyla ve tedavi dozlarında kullanılan ilaçlara ait;

1) Nedeni açıklanamayan tüm beklenmedik durumlar (ölüm dâhil)

2) İlacın etkisiz olduğu durumlar

3) Özellikle yeni ilaçlara ait, prospektüsünde bildirilen veya bildirilmeyen tüm reaksiyonlardır.

B- Konjenital anomaliliklerde, hamilelik süresince alınan tüm ilaçları bildirimiz. Diğer reaksiyonlarda ise, son üç ay boyunca alınan tüm ilaçları sıralayınız.

C- Formda istenen bilgilerim bir kısmı eksik de olsa, bildirimde bulunmaktan kaçınmayınız.

UNUTMAYINIZ Kİ, BİLDİRİDİĞİNİZ BİR REAKSİYON, BİR ADVERS İLAÇ ETKİSİNİN SAPTANMASINDA ÇOK ÖNEMLİ BİR SINYAL OLABİLİR!

HASTANIN ADI	CİNSİYETİ <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	YAŞI	AĞIRLIĞI
ORTAYA ÇIKAN ŞÜPHELİ REAKSİYONLAR	BAŞLANGIÇ TARİHİ	BİTİŞ TARİHİ (Veya Süresi)	
REAKSİYON GÖRÜLDÜĞÜNDE NE YAPILDIĞI	SONUÇ <input type="checkbox"/> İlaç Devam <input type="checkbox"/> İlaç Kesildi <input type="checkbox"/> Doz Azaltıldı <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)	<input type="checkbox"/> Etkinin son bulması <input type="checkbox"/> Etki devam ediyor SEKEL <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklama)	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor