

1- بيانات مستخدم المستحضر

هل يوجد حمل؟	الطول	الوزن	العمر	الجنس	الأحرف الأولى من الاسم الثلاثي
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، الأسبوع.....				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	

2- بيانات المستحضر

تاريخ استخدام العلاج	رقم التشغيل	الغرض من الاستخدام	الجرعة اليومية	الاسم العلمي	الاسم التجاري
إلى من					

3- بيانات العرض الجانبي

تاريخ بدء ظهور العرض الجانبي	قم بوصف العرض الجانبي الذي تعرض له المريض

ضع علامة v في الخانة المناسبة لمدى خطورة العرض الجانبي إن وجد

- أدى إلى تنويم المريض بالمستشفى أدى إلى إطالة فترة التنويم مميت، تاريخ الوفاة.....
- أدى إلى تهديد حياة المريض أدى إلى تشوهات للجنين أدى إلى إعاقة دائمة
- تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم أخرى (مع التوضيح).....

حالة المريض حاليًا

هل زال العرض الجانبي؟

- نعم لا لا أعلم تعافى بشكل كامل في طور التحسن لم يتحسن غير معروف

4- بيانات المستحضرات الأخرى والتاريخ الطبي

الأدوية الأخرى المستخدمة (يُستثنى من ذلك الأدوية التي استخدمت لعلاج الحالة) والتاريخ الطبي لأي أمراض مزمنة يعاني منها المريض (مثل: السكري، ارتفاع ضغط الدم، الخ..)

تاريخ استخدام العلاج	الغرض من الاستخدام	الجرعة اليومية	اسم المستحضر
إلى من			

5- بيانات مُعد التقرير

الاسم	الهاتف المحمول	البريد الإلكتروني	العنوان
التاريخ	مصدر تلقي المعلومات		
	<input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> الدكتور <input type="checkbox"/> الصيدلي <input type="checkbox"/> أخرى.....		

6- مخصص لقسم التيقظ الدوائي

الرقم التتبعي	تاريخ الاستلام / التوقيع	ملاحظات
ICSR / /		