

Follow-up formulier voor bijzondere voorvallen (bijwerkingen)

Patiëntgegevens: Leeftijd: _____ Geboortedatum _____ Geslacht M V

Blootstelling aan (merknaam): Startdatum _____ Stopdatum: _____

Tijdstip tot voorval(len) [bijwerking(en)] vanaf laatste dosis:

Reactie(s): (Geef een beschrijving van bevindingen, gerelateerde symptomen en klinisch verloop)

Voorgeschiedenis/geschiedenis voorafgaand aan het voorval

Hallucinaties Nee Ja—Details: _____

Manie Nee Ja—Details: _____

Psychotische episoden/aandoeningen Nee Ja—Details: _____

Beschrijf eventuele familiale voorgeschiedenis met psychotische aandoeningen: _____

Groeiproblemen Nee Ja—Details: _____

Anorexia Nee Ja—Details: _____

Suïcidale gedachten Nee Ja—Details: _____

Ernstige huidreacties Nee Ja—Details: _____

Beschrijf eventuele eerdere reacties op het verdachte (genees)middel: _____

Cardiovasculaire/ischemische hartaandoening Nee Ja—Details: _____

Vasculitis Nee Ja—Details: _____

Infecties (viraal, HIV, EBV, CMV, HHV-6) Nee Ja—Details: _____

Kanker Nee Ja—Details: _____

Overige relevante voorgeschiedenis Nee Ja—Details: _____

Follow-upformulier voor bijzondere voorvallen (bijwerkingen)

Gelijktijdig gebruikte medicatie

Noteer alle gelijktijdig gebruikte medicatie (waaronder ook kruidengeneesmiddelen), die ten tijde van de reactie werden ingenomen (inclusief het interval tussen de dosering en de start van de reactie, indien bekend)

Details: _____

Aanvullend commentaar: _____

Is de patiënt naar een andere specialist verwezen?

Nee Ja- Beschrijf: _____

Diagnostische bevindingen en laboratoriumbevindingen: Voeg a.u.b. beschikbare resultaten OF eventuele gedane aanvullende onderzoeken toe, of vat deze samen.

Huidbiopt Nee Ja- Datum () Details: _____

Routinematig hematologisch en biochemisch onderzoek

Laboratoriumgegevens	Piek (indien van toepassing)		Baseline of historisch		Normale waarde	Herstel (of huidige)	
	Waarde	Datum	Waarde	Datum		Waarde	Datum

Overig _____

Verdere details van de bijwerking:

Voeg informatie toe die verband houdt met de uitslagen van aanvullende tests, klinisch verloop, behandeling en resultaat van de bijwerking, waar van toepassing. Geef a.u.b. aan indien geen behandeling heeft plaatsgevonden. Geef a.u.b. ook aan welke acute behandeling van de reactie heeft plaatsgevonden, zoals reanimatie.

Hartelijk dank voor het invullen! STUUR DE INGEVULDE VRAGENLIJST A.U.B. PER E-MAIL NAAR:

Medinfo@ace-pharm.nl