|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الجمهورية العربية السورية**  **وزارة الصحة**  **مديرية الرقابة والبحوث الدوائية**  **دائرة التيقظ الدوائي والدراسات السريرية** |  |  |
| **استمارة الإبلاغ عن الآثار الجانبية للأدوية** | | |

|  |
| --- |
| **1. بيانات المريض:1>** |

الاسم (أو الأحرف الأولى): ................... العمر: .............. الوزن: ..... كغ الجنس: □ ذكر   □ أنثى

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. بيانات الدواء المشتبه به:** | | | | | | | |
| **اسم الدواء**  **(العلمي – التجاري)** | **الشركة المصنّعة** | **رقم التحضيرة** | **جرعة الدواء** | **طريق الإعطاء** | **تاريخ بدء**  **تناول الدواء** | **تاريخ إيقاف الدواء** | **دواعي استعمال الدواء** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. بيانات الأثر الجانبي:** | | | | | | | |

الأثر الجانبي للدواء: .......................................................................................................

تاريخ ظهور الأثر الجانبي: / / تاريخ زوال الأثر الجانبي: / /

الأعراض، والعلامات، والتدبير: ............................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................

**هل الأثر الجانبي خطير؟** □ نعم □ لا ، إذا كان خطيراً، حدد:

□ وفاة المريض (تاريخ الوفاة: / / ) (سبب الوفاة: ...........................................)

□ تهديد لحياة المريض □ دخول المستشفى □ إطالة مدة إقامة المريض في المستشفى

□ أذية أو إعاقة مستديمة □ تدخل جراحي لمنع أذية أو إعاقة □ ظهور تشوه أو عيب خلقي

□ حالات أخرى: ..................................................................

**تبعات الأثر الجانبي:**  □ شفاء □ في طور الشفاء □ مستمر □ وفاة□ غير معروف

**الإجراء الذي تم اتخاذه:**

- هل تم وقف استخدام الدواء المشتبه به؟ □ نعم □لا □ غير معروف

- كيفية تعديل جرعة الدواء المشتبه به: □ تمت زيادة الجرعة □ تم إنقاص الجرعة □ لم يتم تغيير الجرعة

- هل تحسنت الأعراض بعد وقف الدواء أو تعديل الجرعة؟ □ نعم □ لا □ غير معروف

- هل أعيد تناول الدواء المشتبه به بعد إيقاف تناوله؟ □ نعم □ لا □ غير معروف

- هل عاد الأثر الجانبي للظهور بعد إعادة تناول الدواء المشتبه به؟ □ نعم □ لا □ غير معروف

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. الأدوية والمتممات الغذائية الأخرى التي يتناولها المريض:** | | | | | | | |
| **اسم الدواء**  **(العلمي – التجاري)** | | **الشركة المصنّعة** | **جرعة الدواء** | **طريق الإعطاء** | **تاريخ بدء**  **تناول الدواء** | **تاريخ إيقاف الدواء** | **دواعي استعمال الدواء** | |
|  | |  |  |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  |  |  | |
| **5. معلومات إضافية ذات صلة عن المريض (التاريخ المرضي، حساسية معروفة، نتائج الفحوص والاختبارات):** | | | | | | | |

........................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................ ............................................................................................................................

............................................................................................................................

|  |
| --- |
| **6. بيانات مقدم التقرير\*** |

|  |  |
| --- | --- |
| □ طبيب □ صيدلاني □ طبيب أسنان □ ممرض □ غير ذلك: ...................... | |
| اسم مقدّم التقرير: ........................................  مكان العمل: .............................................  المحافظة: ............................................... | الهاتف: .............................................  تاريخ كتابة التقرير: / /  التوقيع: ............................................ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\*ستظل هوية المرسل والمريض والمؤسسة الطبية سرية.** | | |
| كيف يتم الإبلاغ عن الآثار الجانبية للأدوية؟  1. املأ الاستمارة بالبيانات  2. أرفق مع الاستمارة التقارير الإضافية عند الضرورة  3.استخدم استمارة منفصلة لكل مريض | يرجى إرسال الاستمارة بعد ملئها بالبيانات إلى دائرة التيقظ الدوائي والدراسات السريرية في مديرية الرقابة والبحوث الدوائية بوزارة الصحة، أو الإبلاغ عبر:   * الهاتف: 0112262193، أو: * الفاكس: 0112262193 / 0112758133، أو: * البريد الإلكتروني: [dqc.pv@moh.gov.sy](mailto:dqc.pv@moh.gov.sy)   ويمكن الإبلاغ إلكترونياً من خلال الصفحة الرئيسية لموقع وزارة الصحة على الإنترنت: <http://www.moh.gov.sy> | |