

## نموذج الإبلاغ عن التأثيرات الدوائية الجانبية

| 1. بيانات مستخدم المستحضر:   |  |   |  |
|--|--|---|--|
| الاسم (اختياري) أو الأحرف الأولى من الاسم:   |  | تاريخ الميلاد:  |  |
| الوزن:   |  | الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> حامل <input type="checkbox"/> غير حامل   |  |
| الطول:   |  |   |  |
| 2. بيانات المستحضر:  |  |   |  |
| اسم المستحضر (العلمي والتجاري):  |  | رقم التشغيل:  |  |
| الجرعة:  |  | تاريخ الصلاحية:   |  |
| الغرض من استخدام المستحضر:   |  |   |  |
| كيف حصلت على المستحضر؟   |  | <input type="checkbox"/> من الصيدلية بوصفة طبية <input type="checkbox"/> من الصيدلية بدون وصفة  |  |
| <input type="checkbox"/> من محلات أخرى غير الصيدلية، حدد:  |  |   |  |
| اسم وعنوان المنشأة التي تم صرف المستحضر منها:  |  |   |  |
| شكل المستحضر:  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> أقراص (حبوب) <input type="checkbox"/> كبسولات <input type="checkbox"/> شراب <input type="checkbox"/> تحاميل<br><input type="checkbox"/> قطرة للعين- الأذن <input type="checkbox"/> حقن <input type="checkbox"/> دهان/كريم للجلد <input type="checkbox"/> أعشاب/خلطة عشبية<br><input type="checkbox"/> مرهم للعين-الأذن <input type="checkbox"/> بخاخ <input type="checkbox"/> لاصقات <input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد: |  |   |  |
| تاريخ بدء استخدام المستحضر:  |  | هل أوقفت استخدام المستحضر؟  |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، التاريخ:  |  |
| 3. صف الأثر الجانبي الذي ظهر، وكيف تم علاجه، وأي معلومات أخرى تعتقد أنها ضرورية تشمل الحالة الصحية أو أية حساسية:  |  |   |  |
|  |  |   |  |
| 4. بيانات الأثر الجانبي:   |  |   |  |
| تاريخ بدء ظهور الأثر الجانبي:  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> غير خطير  |  | <input type="checkbox"/> غير معروف  |  |
| <input type="checkbox"/> خطير (حدد مدى الخطورة من القائمة أدناه):  |  |   |  |
| مدى خطورته:  |  | <input type="checkbox"/> تسبب بالوفاة، تاريخ الوفاة: <input type="checkbox"/> مهدد للحياة <input type="checkbox"/> تسبب بإعاقة دائمة <input type="checkbox"/> تطلب دخول المستشفى<br><input type="checkbox"/> أطلال مدة البقاء في المستشفى <input type="checkbox"/> تسبب في عيوب خلقية للأجنة <input type="checkbox"/> تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم<br><input type="checkbox"/> أخرى، حدد: |  |
| هل زال العرض الجانبي؟  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> نعم، التاريخ: <input type="checkbox"/> لا   |  |   |  |
| حالة المريض حالياً:  |  | <input type="checkbox"/> تعافى بشكل كامل، التاريخ: <input type="checkbox"/> في طور التحسن<br><input type="checkbox"/> لم يتحسن <input type="checkbox"/> غير معروف   |  |
| 5. بيانات معد التقرير:   |  |   |  |
| الاسم:   |  | العنوان:  |  |
|  |  | التاريخ:  |  |

**التأثيرات الدوائية الجانبية:** هي التأثيرات غير المقصودة وغير المرغوبة التي قد تنتج عند استخدام العلاجات الدوائية بقصد تشخيص أو علاج أي حالة تستخدم فيها هذه الأدوية.

**التأثيرات الجانبية الخطيرة، هي تلك التأثيرات الجانبية التي قد:**

- تؤدي إلى الوفاة.
- تهدد الحياة.
- تتطلب دخول المستشفى أو إطالة فترة البقاء في المستشفى للعلاج.
- تؤدي إلى إعاقة أو عاهة دائمة.
- تؤدي إلى عيوب أو تشوهات خلقية عند الأجنة.

أبلغ شركة تبوك للصناعات الدوائية بالطرق التالية:

الرياض - ص.ب: ٢٨١٧٠، الرياض ١١٤٣٧  
البريد الإلكتروني:  
pv.info@tabukpharmaceuticals.com  
هاتف: +٩٦٦ ١١ ٤٧٧ ٤٩٤٦  
فاكس: +٩٦٦ ١١ ٤٧٨ ٢٦٨٦

**كيفية إرسال التقرير:**

- قم بتعبئة النموذج
- أرفق أي أوراق إضافية عند الحاجة
- استخدم نموذج مستقل لكل مستحضر/ مريض