

## نموذج الإبلاغ عن الآثار العكسية للأدوية

- في حالة حدوث أى آثار عكسية عند تناولك دواء معين أو مجموعة من الأدوية، فعليك باستيفاء هذا التقرير و إرساله إلى العنوان المبين في أسفل النموذج.
- من فضلك سجل جميع الآثار العكسية سواء كانت عادية أو خطيرة.

### أ - بيانات المريض

الاسم/ الحروف الأولى: \_\_\_\_\_ النوع:  ذكر  أنثى الوزن: \_\_\_\_\_ كجم العمر /الفئة العمرية: \_\_\_\_\_  
(اختياري)

### ب - الأدوية المشتبه بها

اسم المستحضر (التجاري والعلمي)	التركيز	يستخدم لعلاج	الجرعة	طريقة التعاطي	تاريخ بدء التعاطي	تاريخ وقف التعاطي	رقم التشغيلة
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

### ج - الآثار العكسية المشتبه بها

- من فضلك صف الأثر العكسي الذي ظهر : \_\_\_\_\_
- تاريخ بدء الأثر العكسي: \_\_\_\_\_ تاريخ إنتهاء الأثر العكسي : \_\_\_\_\_
- هل توقف الأثر بعد وقف تعاطي المستحضر؟ :  نعم  لا
- هل ظهر الأثر بعد إعادة تعاطي المستحضر؟ :  نعم  لا
- هل كان الأثر العكسي خطيراً (وفقاً لأسباب الخطورة المذكورة أدناه)؟ :  نعم  لا
- إذا كانت الإجابة بنعم (الأثر خطيراً) حدد سبب أو أكثر: \_\_\_\_\_
- تسبب في الوفاة  مهدد للحياة  تسبب في دخول المريض المستشفى
- تسبب في إطالة مدة البقاء في المستشفى  تسبب في عيوب خلقية للأجنة  تسبب في إعاقة دائمة
- تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم  أخرى (حدد): \_\_\_\_\_

## د - بيانات عن الأدوية الأخرى المتناولة (أذكر الأدوية الأخرى المتناولة حالياً وكذلك المتناولة قبل ظهور الآثار العكسية بشهر)

اسم المستحضر (التجاري والعلمي)	التركيز	يستخدم لعلاج	الجرعة	طريقة التعاطي	تاريخ بدء العلاج	تاريخ وقف العلاج	رقم التشغيلية
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

## هـ - بيانات عن مقدم التقرير

الذي قام باستيفاء التقرير:  المريض  الطبيب  الصيدلى  التمريض  أخرى (حدد): \_\_\_\_\_  
 الاسم: \_\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_  
 التليفون/محمول: \_\_\_\_\_  
 التوقيع: \_\_\_\_\_  
 البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
 التاريخ: \_\_\_\_\_

## و- أي تعليقات أخرى:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- يتم التعامل مع المعلومات الواردة في التقرير بسرية تامة وهي محمية بشكل كامل بما في ذلك هوية المريض و معد التقرير.
- تستطيع إرسال تقارير الآثار العكسية لمركز اليقظة الصيدلانية المصرى بشكل تطوعي وفقا لمعلومات الاتصال الموضحة أدناه.
- إن الإبلاغ عن الآثار العكسية أمر حيوي وهام لتحقيق الاستخدام الآمن للدواء. كما أن المعلومات الكافية المقدمة من قبل المرضى تمكن المركز من تقدير مدى مأمونية المستحضرات المتداولة في بلادنا.

<p>المركز الفرعى بالأسكندرية: مركز سان ستيفانو لصحة الأسرة- ٢ ش الكازينو عمارة الأوقاف - سان ستيفانو- الأسكندرية</p> <p>ت- فاكس : ٥٨٤٥٠٠٤ ٠٣ ٠٠٢ بريد إلكتروني: <a href="mailto:alex.epvc@eda.mohealth.gov.eg">alex.epvc@eda.mohealth.gov.eg</a></p> <p>المركز الفرعى بالقاهرة: مستشفى الأزهر التخصصي الجديد - الحي السادس - مدينة نصر- القاهرة</p> <p>ت: ٠١٠١٤٣٠٠١٣ ٠٠٢ بريد إلكتروني: <a href="mailto:cairo.epvc@eda.mohealth.gov.eg">cairo.epvc@eda.mohealth.gov.eg</a></p> <p>المركز الفرعى بسوهاج: مديرية الشؤون الصحية - المبنى القديم الدور الثاني- بجوار مديرية الأمن -مدينة ناصر - سوهاج</p> <p>ت: ٠١١٢٦٥٤٠٨٩٣ ٠٠٢ بريد إلكتروني: <a href="mailto:sohag.epvc@eda.mohealth.gov.eg">sohag.epvc@eda.mohealth.gov.eg</a></p>	<p>المركز الرئيسي: إدارة اليقظة الدوائية - مركز اليقظة الصيدلانية المصري- الإدارة المركزية للشئون الصيدلية</p> <p>٢١ ش عبد العزيز آل سعود - المنيل الروضة - القاهرة، صندوق بريد ١١٤٥١</p> <p>تليفون: ٠٢٢٣٦٤٨٧٦٨ - ٠٢٢٥٣٥٤١٠٠ - ٠٢٢٣٦٤٨٧٦٩</p> <p>٠٢٢٣٦٤٨٠٦ - ٠٢٢٣٦٨٤٢٨٨ داخلي(ت): ١٣٠٣</p> <p>فاكس: ٠٠٢ ٠٢ ٢٣٦٨٤١٩٤ داخلي(فاكس): ١٣٠٠</p> <p>موقع إلكتروني: <a href="http://www.epvc.gov.eg">www.epvc.gov.eg</a></p> <p>بريد إلكتروني: <a href="mailto:pv.center@eda.mohealth.gov.eg">pv.center@eda.mohealth.gov.eg</a></p>
---	---