

INLEIDING

Zorgverleners kunnen een mogelijke bijwerking van een geneesmiddel melden via het onderstaand formulier. Wij realiseren ons dat het tijd kost om dit meldformulier volledig in te vullen. Maar meldingen van bijwerkingen zijn onmisbaar voor een veilig gebruik van geneesmiddelen. Alleen met voldoende informatie over alle omstandigheden die van invloed zijn geweest op de klachten, kunnen wij uw melding goed beoordelen.
Noodzakelijke velden zijn gemarkeerd met een sterretje (*).

A) Bijwerkingen

Vermoedelijke bijwerking* _____

Waren er nog andere bijwerkingen? _____

Begindatum bijwerking* _____/_____/_____

Einddatum bijwerking* _____/_____/_____

Afloop* hersteld hersteld met restverschijnselen
 herstellende overleden
 niet hersteld onbekend

Heeft de bijwerking geleid tot een van de hieronder genoemde situaties?* Nee Ja namelijk

<input type="checkbox"/> Overlijden	<input type="checkbox"/> Blijvende arbeidsongeschiktheid
<input type="checkbox"/> Levensbedreigend	<input type="checkbox"/> Afwijkingen bij pasgeboren kind
<input type="checkbox"/> Ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/> Overige ernstige afwijkingen

Is / zijn de bijwerking(en) behandeld en zo ja waarmee

Zijn de klachten bij een eerder gebruik van het verdachte geneesmiddel ook al eens opgetreden

Zijn er mogelijk andere omstandigheden of oorzaken die de klachten kunnen hebben veroorzaakt of verergerd

B) Vaccin

Datum vaccinatie* _____/_____/_____

Vaccin* _____ Dosering _____

Partijnummer _____ Merk _____

Is uw patiënt al tegen de seizoensgriep gevaccineerd?* Ja Nee/onbekend
 Datum vaccinatie seizoensgriep * _____/_____/_____

C) Geneesmiddel

Gebruikt uw patiënt nog andere middelen die deze bijwerkingen mogelijk veroorzaakt zouden kunnen hebben?*

Ja, namelijk _____ Nee/onbekend

D) Gegevens van de patient

Geslacht* Man Vrouw

Geboortedatum* _____/_____/_____

Gewicht _____ kilogram Lengte _____ cm

Medische voorgeschiedenis* _____

E) Gegevens van de melder

Naam: _____ Telefoonnr.: _____

Instelling: _____ Faxnr.: _____

Adres: _____ e-mail: _____

District: _____

Beroep/specialisme Apotheker Arts Specialist overig

F) Verwerking van de gegevens

Heeft u aanvullende gegevens of andere informatie die voor de melding van belang kunnen zijn?
 (Documenten zoals geanonimiseerde kopie van artsencorrespondentie, relevante labwaarden of medicatieoverzichten)

Ruimte voor eventueel overig commentaar:

Vul svp alle velden zo precies mogelijk in! Dit is in het belang van de kwaliteit van de melding.

Noodzakelijke velden zijn gemarkeerd met een sterretje (*).

Ernstige bijwerkingen ten gevolge van vaccinatie of immunisatie, onset & interval:

- Direct te melden: elke ernstige AEFI (Adverse Events Following Immunization) en met name:
 - 1) Elke AEFI met de dood tot gevolg
 - 2) Elke AEFI met hospitalisatie tot gevolg
 - 3) Elke AEFI met significante invaliditeit of arbeids ongeschiktheid tot gevolg
 - 4) Clusters van AEFI's
- Direct te bellen naar het hotline nummer: tel **178** of de afdeling Epidemiologie tel 499703 of de afdeling NIP 499494 toestel 144

Frequentie van lichte bijwerkingen van vaccins of immunisatie:

te melden aan het Pharmacovigilantie Centrum (meldformulier ingesloten) en elke andere mogelijke bijwerking

Vaccin	Lokale reactie (pijn, zwelling, roodheid)	Koorts	Prikkelbaarheid, malaise & niet-specifieke symptomen