

## Comunicazione di effetti indesiderati dei farmaci

**(da compilarsi a cura del Cittadino e da trasmettere al Medico Curante o al Responsabile di Farmacovigilanza della struttura sanitaria d'appartenenza – ASL, FAX: 0835/253 576 )**

1) Quale reazione indesiderata ha osservato?			
2) Quando?			
3) Quanto è durata?			
4) Quali medicinali stava prendendo?	5) Quante volte al di?	6) Da quanto tempo?	7) Per quale disturbo?
a) fiale			
b) supposte			
c) uso locale			
d) per bocca			
e) ...			
f)...			
8) Il farmaco le è stato prescritto dal medico? <small>(cancellare la voce che non interessa)</small>		SI	NO
9) L'aveva già preso in passato? <small>(cancellare la voce che non interessa)</small>		SI	NO
10) Ha mai avuto la stessa reazione? <small>(cancellare la voce che non interessa)</small>		SI	NO
11) Con quale medicinale?			
12) Chi è il suo medico curante?	Cognome: Nome: Indirizzo: Telefono:		
13) Lo ha informato? <small>(cancellare la voce che non interessa)</small>	SI	NO	
14) Come è stata curata la reazione? <small>(cancellare la voce che non interessa)</small>			
- sospeso il medicinale	SI	NO	
- ridotta la dose	SI	NO	
- altro (specificare)			
15) Adesso la reazione è scomparsa? <small>(cancellare le voci che non interessano)</small>	SI completamente	NON del tutto	NO
Indirizzo e numero di telefono del paziente	Data		
	Nome e Cognome		