



Behandlingsnummer

Ankommit

1. HÄLSOTILLSTÄNDET UTAN LÄKEMEDELSSKADA

Patientens efternamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet stryks under)

Personbeteckning

Vilken sjukdom behandlades med läkemedlet som gavs?

Kod enligt sjukdomsklassificeringen ICD-10

Hur länge skulle patienten ha vårdats på sjukhus utan läkemedelsskada?

Under tiden / / - / /

Hur länge skulle patienten ha varit arbetsförmögen utan läkemedelsskada?

Under tiden / / - / /

2. LÄKEMEDELSSKADA

Vilket läkemedel (handelsnamn) har orsakat skadeverkningarna?

Vnr-nummer

Om läkemedlet har getts i en vårdinrättning, vilket företag var det till patienten givna läkemedlets ...

tillverkare:

marknadsförare:

importör:

Har patienten deltagit i en klinisk läkemedelsstudie?

NEJ

JA (en utredning om studien ska bifogas)

Beskrivning av händelsen

Fortsätter på nästa sida

3. FÖLJDER AV LÄKEMEDELSSKADAN

Orsakade skadan ytterligare behov av sjukhusvård?

NEJ

JA, under tiden / / - / /

Orsakade skadan behov av ytterligare läkarvård eller andra vårdåtgärder?

NEJ

JA, under tiden / / - / /

eller

st. besök

Orsakade skadan ytterligare arbetsförmåga?

NEJ

JA, under tiden / / - / /

Orsakade skadan patienten bestående funktionell eller kosmetisk skada?

NEJ

JA, vilken typ av skada?

Kan ännu inte fastslås

Har vården fortsatt i en annan vårdinrättning?

NEJ

JA, vilken?

4. ÖVRIGA UPPGIFTER

Tilläggsuppgifter kan ges (av t.ex. andra vårdinrättningar eller uppdragsgivare för kliniska läkemedelsstudier)

5. UNDERSKRIFT AV DEN SOM UTFÄRDAR UTLÅTANDET

Läkare

Sjukhus/vårdinrättning

Plats och datum

Underskrift och namnförtydligande

/ /



Fortsättning på beskrivningen av händelsen