

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

(auch Verdachtsfälle)

AMK-Eingangsvermerk

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)
Jägerstraße 49/50 • 10117 Berlin
Telefax : 030 40004-553 • Telefon: 030 40004-552
E-Mail : amk@arzneimittelkommission.de
Internet : www.arzneimittelkommission.de

Patient/in ^[1]	
Initialen _____	Geburtsdatum __ . __ . ____
Geschlecht __ w __ m	Schwangerschaft ____ . Monat
Gewicht _____ kg	Größe _____ cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung ^[2]	
Aufgetreten am	Dauer

Arzneimittel / PZN ^[3]	Ch.-B.	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
				von	bis	
1						
2						
3						
4						
5						

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 5

Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten ^[4] (z.B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber-/Nierenfunktionsstörungen)
Relevante Untersuchungsergebnisse ^[5] (z.B. Laborwerte mit Datum)
Maßnahmen / Therapie ^[6]

Folgen der vermuteten UAW ^[7]
<input type="checkbox"/> Tod
<input type="checkbox"/> lebensbedrohend
<input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt verlängert
<input type="checkbox"/> noch nicht erholt
<input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung
<input type="checkbox"/> vorübergehend schwer beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Besserung nach Therapieabbruch
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Verschlechterung nach erneuter Gabe
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

Apotheke ^[8] Anschrift	
Telefonnummer	Apothekerkammer
Ansprechpartner/in	Datum

Erläuterungen zum UAW-Berichtsbogen

1. Bei der Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) sind Angaben zur Person wie Initialen des Patienten, Geburtsdatum und Geschlecht unverzichtbar, v.a. um Doppelmeldungen zu erkennen und zu vermeiden.
2. Geben Sie bitte möglichst genau die Beschwerden/Symptome des Patienten und den Zeitpunkt des Auftretens sowie die Dauer an. Bei Verdacht auf Missbrauch wird um Schilderung der näheren Umstände gebeten (Menge, Dauer, Anzahl der Fälle usw.)
3. Genaue Bezeichnung des Arzneimittels, des Medizinproduktes oder des Nahrungsergänzungsmittels, Pharmazentralnummer, Chargenbezeichnung bitte angeben. Geben Sie bitte die Anwendungsdauer, die Dosierung und die Begleitmedikation an. Kreuzen Sie bitte an, mit welchem Arzneimittel ein Zusammenhang mit der UAW vermutet wird. Eine Einsendung des betreffenden Arzneimittels ist nur in den (seltenen) Fällen notwendig, in denen die Ursache für eine unerwünschte Wirkung in der pharmazeutischen Qualität des Präparates vermutet wird.
4. Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten sollten in Erfahrung gebracht werden; diese Angaben sind wichtig für die Kausalitätsbewertung.
5. Sofern verfügbar, tragen Sie relevante Untersuchungsergebnisse ein oder führen diese Angaben auf.
6. Welche Maßnahmen wurden ergriffen?
7. Die Folgen und Schwere der vermuteten UAW sollten, wenn möglich, dokumentiert werden.
8. Geben Sie gut lesbar ihre Apothekenanschrift mit Telefonnummer und den/die Ansprechpartner(in) sowie Ihre Apothekerkammer und das Datum an, damit ggf. notwendige Rückfragen gestellt werden können.

Der UAW-Berichtsbogen kann online ausgefüllt und versandt werden und steht als interaktives PDF-Dokument zum Download bereit.

Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)
Jägerstraße 49/50
10117 Berlin

Telefon: 030 40004-552
Fax: 030 40004-553

amk@arzneimittelkommission.de
www.arzneimittelkommission.de