

Formulär för biverkningsrapportering för lenalidomid

Skicka information via det nationella rapporteringssystemet:

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala
www.lakemedelsverket.se

Information om rapportören

Förnamn:

Efternamn:

☐ Läkare ☐ Sjuksköterska ☐ Farmaceut ☐ Patient ☐ Anhörig ☐ Annan, var vänlig specificera:

Adress:

Stad/postort:

Postnummer:

Land:

Telefonnummer:

E-postadress:

Information om patienten

Patient ID (initialer):

Alder:

Födelsedatum åååå-mm-dd:

Vikt (kg):

Längd (cm):

Kön:

Email adress:

Telefonnummer:

Land:

Biverkning

Biverkningens övergripande diagnos:

Startdatum för händelsen åååå-mm-dd:

Slutdatum för händelsen åååå-mm-dd:

Eller pågående vid tiden för rapporteringen tim:min:

(om mindre än 24 timmar)

Beskrivning av biverkning

Symtom och behandling

[illegible]

Resultat av biverkning

Återställd

Ja ☐ / Nej ☐

Återställd med kvarstående men

Ja ☐ / Nej ☐

Pågående återhämtning

Ja ☐ / Nej ☐

Ej återställd

Ja ☐ / Nej ☐

Okänd

Ja ☐ / Nej ☐

Dödsfall

Ja ☐ / Nej ☐

Datum för dödsfall åååå-mm-dd:

Möjlig dödsorsak

Om obduktion utförs ska rapporten skickas.

Bifoga relevanta kliniska laboratoriebedömningar för att bekräfta händelsen.

Biverkningens allvarlighetsgrad

Dödsfall Ja ☐ / Nej ☐

Livshotande Ja ☐ / Nej ☐

Sjukhusinläggning eller förlängd sådan Ja ☐ / Nej ☐

Bestående eller betydande funktionsnedsättning eller invaliditet Ja ☐ / Nej ☐

Andra medicinskt viktiga tillstånd eller händelser Ja ☐ / Nej ☐

Inget av ovanstående Ja ☐ / Nej ☐

Sjukdomshistoria (kan tillhandahållas som en kopia av journalen om den är uppdaterad)

Nuvarande eller tidigare relevant sjukdomshistoria (inklusive samtidig sjukdom, allergi, rökning, alkoholmissbruk):

Ja ☐ / Nej ☐

Om ja, specificera

Misstänkt läkemedel

Läkemedel, läkemedelsform, styrka, administreringssätt (t.ex. tablett 5 mg, oral)	Dos och antal	Batch nr	Startdatum behandling (åååå-mm-dd)	Slutdatum behandling (åååå-mm-dd)	Läkemedel-Händelse Orsaks-samband Annat, specificera (Orsaks-samband 1 = Ej relaterat, 2 = Relaterat)	Indikation för användning av läkemedlet

Andra läkemedel

(Läkemedel som har tagits de senaste 3 månaderna före händelsen – Kan tillhandahållas som en kopia av journalen om den är uppdaterad)

Läkemedel, läkemedelsform, styrka, administrerings-sätt (t.ex. tablett 5 mg, oral)	Dos och antal	Batch nr	Startdatum behandling (åååå-mm-dd)	Slutdatum behandling (åååå-mm-dd)	Orsaks-samband 1 = Inte relaterat 2 = Relaterat	Indikation för användning av läkemedlet
Har patienten diskuterat händelsen med sjukvårdspersonal	Ja (Om ja, vill du vara vänlig och ange sjukvårdspersonalens kontaktinformation nedan?) Nej Okänt					

Åtgärder som vidtagits, misstänkt läkemedel

Fortsatt oförändrad: Ja ☐ / Nej ☐

Fortsatt, dos eller dosregim ändrad: Ja ☐ / Nej ☐

Avbrutits: Ja ☐ / Nej ☐

Inte tillämpligt: Ja ☐ / Nej ☐

Okänt

Tillfälligt avbruten

Ange om dos eller dosregim har ändrats:

--

Initial rapport: Ja ☐ / Nej ☐

Uppföljningsrapport: Ja ☐ / Nej ☐

Sjukvårdspersonalens kontaktinformation

Förnamn:

Efternamn:

Land:

Telefonnummer:

Email adress: