***Antidota und Antivenine stehen unter intensiver Überwachung in Bezug auf unerwünschte Wirkungen (UAW): wir bitten deshalb nach jeder Verabreichung das Meldeformular auszufüllen, auch wenn keine UAW aufgetreten ist.***

**Meldung einer vermuteten unerwünschten Wirkung (UAW) durch Antidota oder Antivenine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pat. Initialen | | | | Geburtsdatum | | | | | | | | | Geschlecht | | | | Gewicht | | | Beginn der UAW | | | | | Dauer der UAW |
| ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° |  |  |  |  |  | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | °°°°° | °°°°° |
| Vorname | | Name | | Tag | | Monat | | Jahr | | | | | Weibl. | | Männl. | | kg | | | Tag | | Monat | | Jahr |  |
| **Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung**  (Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf): °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Latenzzeit der UAW\* |
| °°°°° |
|  |

|  |
| --- |
| °°°°°  Es traten KEINE unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf |

|  |
| --- |
| \* Zeit zwischen Gabe und UAW (bitte bei Impfreaktionen in Stunden angeben)  Fortsetzung s. Rückseite |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relevante Untersuchungsergebnisse** (z.B. Laborwerte mit Datum, Histologie, evtl. Kopien beilegen): °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Allfällige Therapie** **der UAW**: °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Folgen der vermuteten UAW** | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| Tod | | | Hospitalisation | | | | | | bleibende Schädigung oder Behinderung | | | | | | | |
| lebensbedrohend | | | Hospitalisation verlängert | | | | | | vorübergehend schwer beeinträchtigt / medizinisch wichtig | | | | | | | |
| ohne Schaden erholt | | | noch nicht erholt | | | | | | anderes: °°°°° | | | | | | | |
| Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch  ja  nein  anderes: °°°°° | | | | | | | | | Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe  von: .................................................................................................  ja  nein  anderes: °°°°° | | | | | | | |
| **Verdächtigte Arzneimittel (nur Antidote und Antivenine)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Markenname | Lot-Nr.  (Biologika, z.B. Impfstoffe) | | | | Tagesdosis | | | Applik.  weg | | | gegeben | | | | Indikation | |
| von\* | bis\*\* | | |
| 1. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| 2. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| 3. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| **Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre) °°°°° \*\* Datum oder Dauer, wenn weitergegeben: WEITER | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schwangerschaft (letzte Periode am: °°°°°) | | | | | | Allergien: °°°°° | | | | | | | Rauchen: °°°°° | | | |
| Alkohol: °°°°° | | | | | | Nierenleiden: °°°°° | | | | | | | Kreatinin: °°°°° | | | |
| Leberleiden (Virusserologien): °°°°° | | | | | | | | | | | | | anderes: °°°°° | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bitte senden Sie die Meldung in verschlossenem Briefumschlag, per E-Mail oder Fax an das SCHWEIZERISCHE TOXIKOLOGISCHE INFORMATIONSZENTRUM. Bei Versand mit Telefax bitte Rückseite nicht vergessen!** | | | | | |
| Absender oder Stempel: | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| Name | °°°°° | |  | Telefon | °°°°° |
| Adresse | °°°°° | |  | Fax | °°°°° |
|  | °°°°° | |  | E-Mail | °°°°° |
|  | °°°°° | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| **Weitere Bemerkungen** (Beurteilung/Kommentar, Beilagen):  °°°°° | | | | | |

|  |
| --- |
| **Senden an**  Medikamenteninformationsdienst /  Pharmacovigilance Tox Info Suisse Freiestr. 16  8032 Zürich Tel. 044 251 66 66 / Fax 044 252 88 33  [pharmakologie@usz.ch](mailto:pharmakologie@usz.ch) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Meldungen und Information über Produktemängel:**  **Telefonisch, per Fax oder E-Mail erbeten an** **Tel. 058 463 16 63; Fax 058 462 07 22, E-Mail: market.surveillance@swissmedic.ch** | |
| **Toxikologische Notfälle: Direkt Tox Info Suisse anfragen (Tel. 145)** | |
| **Datum**: °°°°° | **Unterschrift:** |

Änderungshistorie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Version | Gültig und verbindlich ab | Beschreibung, Bemerkung (durch Autor/in erstellt) | Visum Autor/in |
| 4.1 | 26.10.2022 | Die Archivierung wurde rückgängig gemacht. | zt |
| 4.0 | 01.08.2015 | Adresse geändert von „Schweizerisches Toxikologisches  Informationszentrum“ zu „Tox Info Suisse“ | zt |
| 3.0 | 29.09.2014 | Telefon- und Faxnummern innerhalb des Dokuments aktualisiert, Telefon- und Faxnummer in der Fusszeile aktualisiert, neue Änderungshistorie ins Dokument eingefügt | sel |