



## ARZNEIMITTELINFORMATION UND MELDESYSYSTEM „ROTE HAND“



Sehr geehrte Meldepflichtige!

# BITTE MELDEN

Sie mittels umseitiger Meldekarte alle jene Fälle von Arzneimittel-Nebenwirkungen, die Ihnen auf Grund Ihrer beruflichen Tätigkeit bekannt werden – auch Verdachtsfälle und Beobachtungen, die schon längere Zeit zurückliegen-, an

**Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen  
Institut Pharmakovigilanz  
Traisengasse 5, 1200 Wien  
Fax: 050 555-36207**

Alle **Angaben**, die Sie als Melder betreffen bzw. die zur Identifizierung des Patienten dienen könnten, **werden streng vertraulich behandelt** (keine Weitergabe an Dritte wie z.B. pharmazeutische Firmen). Ihre Meinung dient **ausschließlich zur Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses** von Arzneimitteln.

Bitte melden Sie im Sinne des § 75a des Arzneimittelgesetzes (Meldepflicht) **SOFORT** und **DIREKT an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen – Institut Pharmakovigilanz** um eine Verzögerung notwendiger Maßnahmen zu vermeiden.

**IHRE MELDUNG IST EIN WICHTIGER BEITRAG ZUR  
ARZNEIMITTELSICHERHEIT !**



Bitte füllen Sie diese Karte möglichst vollständig aus. Die Meldung wird vertraulich behandelt!

## MELDUNG ÜBER EINE ARZNEIMITTEL-NEBENWIRKUNG

(auch VERDACHTSFÄLLE)

<b>Patient</b> (Initialen – Vorname, Familienname)	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Größe</b>	<b>Gewicht</b>	<b>SSW</b>
<b>Beschreibung der Nebenwirkung</b> (ggf. mit Laborparametern)					
<b>Datum / Zeit des Auftretens</b>					
<b>Verwendete Arzneimittel</b> Genau Bezeichnung (bei Parenteralia unbedingt Chargenbezeichnung) <b>Verursacher</b> der Nebenwirkung bitte <b>mit X</b> kennzeichnen!	<b>Dosierung und Anwendungsart</b>	<b>Dauer der Anwendung von</b>	<b>bis</b>	<b>Grund der Anwendung</b>	
<b>Weitere Erkrankungen</b> (z.B. Arzneimittel früher vertragen, Nikotin, Alkohol usw.), <b>andere Erkrankungen, Grundkrankheiten</b>					
<b>Behandlung der Nebenwirkung</b>					
<b>Verlauf der Nebenwirkung</b> tödlich <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> Spitalsaufenthalt <input type="checkbox"/> bleibende oder schwerwiegende <input type="checkbox"/> kongenitaler Schaden <input type="checkbox"/> erforderlich/ verlängert <input type="checkbox"/> Behinderung / Invalidität <input type="checkbox"/> keines der genannten <input type="checkbox"/>					
<b>Ausgang der Nebenwirkung</b> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>					
<b>Zusammenhang NW/ verdächtiges Arzneimittel:</b> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> un beurteilt <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>					
<b>Proben</b> (möglichst gleiche Charge bzw. angebrochene Packung) zur Laboruntersuchung eingesandt an <b>BASG/AGES, Institut OMCL, Zimmermannsgasse 3, 1090 Wien</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
<b>Meldender</b> (Name, Adresse, Telefonnummer und E-mail)					
Stampiglie/Datum, Unterschrift					