

## Ongewenste geneesmiddelreactie

Geneesmiddel, incl sterkte en fabrikant: .....  
(plak afleveretiket)

Toedienweg: O oraal O i.v. O subcutaan O rectaal O uitwendig O inhalatie

Datum optreden klacht: ..... - ..... - .....

Klacht: .....

### Was er sprake van:

- lage bloeddruk/shock O ja O nee O onbekend  
hartkloppingen O ja O nee O onbekend  
verlies bewustzijn O ja O nee O onbekend  
huiduitslag, gedeelte lichaam: ..... O ja O nee O onbekend  
kortademigheid/ademnood O ja O nee O onbekend  
opgezwollen hoofd O ja O nee O onbekend

### Wanneer ontstond de reactie?

O direct (binnen 10 minuten)

..... dagen na starten gnm

O ja, direct gestopt

O ja, na .... dagen gestopt

O niet gestopt

O onbekend

O ja, na .....dagen

O nee, klachten zijn niet verdwenen

O onbekend

O ja: huisartsbezoek

O ja: ziekenhuisbezoek of -opname

O nee

O onbekend

O ja, diagnose=.....

O nee

O onbekend

O ja, namelijk:

O nee

O onbekend

### Was medicatie nodig om de reactie te behandelen?

Welke andere geneesmiddelen gebruikte de patiënt ten tijde van de reactie?

(print indien mogelijk de medicatiehistorie): .....

Heeft de patiënt eerder een dergelijke reactie bij (een ander) geneesmiddel ervaren?

O ja..... O nee O onbekend

Eventuele resultaten aanvullend onderzoek: .....

Inschatting ernst klacht door arts: O mild O matig O ernstig O onbekend

Inschatting beleid door arts: .....

Te vermijden geneesmiddel(en)/geneesmiddelen groep(en): .....

Mag de patiënt dit middel onder medisch toezicht gebruiken (indien geen alternatief beschikbaar)?

O ja O nee O onbekend

Datum gesprek: ..... - ..... - .....

Ingevuld door: O patiënt O apotheek O huisarts O allergoloog O dermatoloog O specialist

Contactgegevens invuller: .....

Gemeld door: O patiënt O apotheek O huisarts O allergoloog O dermatoloog O specialist

Contactgegevens melder:.....

Dit formulier wordt met toestemming van de patiënt overgedragen aan:

O huisarts:

O apotheek:

O specialist die deze overgevoeligheidsreactie heeft beoordeeld:

O Nederlands Bijwerkingencentrum Lareb

Handtekening en gegevens patiënt:

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Handtekening: