

Ongewenste geneesmiddelreactie

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

Toedienweg: oraal i.v. subcutaan rectaal uitwendig inhalatie

Datum optreden klacht: ____-____-____

Klacht:

Was er sprake van:

lage bloeddruk/shock	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> onbekend
hartkloppingen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> onbekend
verlies bewustzijn	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> onbekend
huiduitslag, gedeelte lichaam:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> onbekend
kortademigheid/ademnood	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> onbekend
opgezwollen hoofd	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> onbekend

Wanneer ontstond de reactie? direct (binnen 10 minuten)
..... dagen na starten gnm

Is de patiënt gestopt met het geneesmiddel? ja, direct gestopt
 ja, na dagen gestopt
 niet gestopt
 onbekend

Zijn de klachten verdwenen? Ja, nadagen
 Nee, klachten zijn niet verdwenen
 onbekend

Is er een ziekenhuisopname of huisartsbezoek nodig geweest?
 ja: huisartsbezoek
 ja: ziekenhuisbezoek of -opname
 nee
 onbekend

Is er een diagnose gesteld door een arts? ja, diagnose=
 nee
 onbekend

Was medicatie nodig om de reactie te behandelen? ja, namelijk:
 nee
 onbekend

Vul verder in op de achterkant

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?

ja,..... nee onbekend

Eventuele resultaten aanvullend onderzoek:

Inschatting ernst klacht door arts: mild matig ernstig onbekend

Inschatting beleid door arts:

Te vermijden geneesmiddel(en)/geneesmiddelgroep(en):

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

ja nee onbekend

Datum gesprek: _____-_____-_____

Ingevuld door: patiënt apotheek huisarts allergoloog dermatoloog specialist

Contactgegevens invuller:

Gemeld door: patiënt apotheek huisarts allergoloog dermatoloog specialist

Contactgegevens melder:

Dit formulier wordt met toestemming van de patiënt overgedragen aan:

huisarts:

apotheek:

specialist die deze overgevoeligheidsreactie heeft beoordeeld:

Nederlands Bijwerkingencentrum Lareb

Handtekening en gegevens patiënt:

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Handtekening:
