

(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)

INFORMAZIONI SUL FARMACO

11. FARMACO(I) SOSPETTO(I) nome della specialità medicinale*

20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO:

21. FARMACO(I) CONCOMITANTE (I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO

22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC.

23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4

24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE	25. DATI DEL SEGNALATORE
--------------------------------------	---------------------------------
