

ALLEGATO 4*Modello di scheda per la comunicazione di effetti indesiderati dal cittadino*

**Comunicazione di effetti indesiderati dei farmaci
(da compilarsi a cura del Cittadino e da trasmettere al Responsabile di Farmacovigilanza
della struttura sanitaria d'appartenenza - ASL)**

| | | | |
|---|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| 1) Quale reazione indesiderata ha osservato? _____ _____ | | | |
| 2) Quando? _____ | | | |
| 3) Quanto è durata? _____ | | | |
| 4) Quali medicinali stava prendendo? | 5) Quante volte al di? | 6) Da quanto tempo? | 7) Per quale disturbo? |
| a fiale _____ | | | |
| b supposte _____ | | | |
| c uso locale _____ | | | |
| d per bocca _____ | | | |
| e _____ | | | |
| f _____ | | | |
| 8) Il farmaco le è stato prescritto dal medico? | SI | NO | |
| 9) L'aveva già preso in passato? | SI | NO | |
| 10) Ha mai avuto la stessa reazione? | SI | NO | |
| 11) Con quale medicinale? _____ _____ | | | |
| 12) Chi è il suo medico curante? (Cognome, nome, indirizzo e telefono) _____ | | | |
| 13) Lo ha informato? | SI | NO | |
| 14) Come è stata curata la reazione? | | | |
| - sospeso il medicinale | SI | NO | |
| - ridotta la dose | SI | NO | |
| altro (specificare) _____ _____ | | | |
| 15) Adesso la reazione è scomparsa? | (barrare la risposta desiderata) | | |
| SI completamente | NON del tutto | NO | |
| Indirizzo e numero di telefono del paziente | Data | | |
| _____ | FIRMA | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |