

## Scheda per il paziente di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci o vaccini

### 1. Informazioni sul paziente che ha avuto la reazione avversa

Chi ha avuto la reazione? Io ☐ Mio figlio/a ☐ Altra persona ☐  
Iniziali (Nome e cognome) Data di nascita o età Sesso M ☐ F ☐  
Peso (kg) Altezza (cm) Data ultima mestruazione  
Gravidanza: 1° trimestre ☐ 2° trimestre ☐ 3° trimestre ☐ Sconosciuta ☐ Allattamento SI ☐ NO ☐

### 2. Informazioni sulla sospetta reazione avversa

Quale reazione avversa è stata osservata?

La reazione avversa deriva da un errore (es. sbaglio di farmaco, di dose, via di somministrazione) ☐  
La reazione avversa deriva da un uso eccessivo del farmaco ☐

Quando sono iniziati i sintomi? (indicare la data)

Quanto grave è stata la reazione? ☐ Non grave  
☐ Ricovero in ospedale ☐ Pericolo di vita ☐ Invalidità permanente  
☐ Difetto alla nascita ☐ Morte

Quanto ha influito la reazione sulla qualità di vita? Indicare un valore da 1 (per niente) a 10 (moltissimo):  
Scegliere valore

Quanto è durata?

Ha utilizzato dei farmaci o altro per curare la reazione?

Adesso la reazione avversa è?

☐ Risolta ☐ Risolta con conseguenze ☐ Migliorata ☐ Non ancora risolta ☐ Non so

### 3. Informazioni sui farmaci assunti

#### Informazioni sul/i farmaco/i che possono aver causato la reazione

Se i farmaci sospettati sono più di due usare un foglio aggiuntivo

1. Nome del farmaco N. Lotto (se conosciuto)  
Prescritto dal medico? ☐ Sì ☐ No  
Data inizio assunzione Data fine assunzione  
Quante volte al giorno? Come (per bocca, iniezione, uso cutaneo, ecc)?  
Per quale motivo?  
Il farmaco è stato sospeso a causa della reazione avversa? ☐ Sì ☐ No  
Il farmaco era stato preso in passato? ☐ Sì ☐ No Era avvenuta la stessa reazione? ☐ Sì ☐ No

2. Nome del farmaco N. Lotto (se conosciuto)  
Prescritto dal medico? ☐ Sì ☐ No  
Data inizio assunzione Data fine assunzione  
Quante volte al giorno? Come (per bocca, iniezione, uso cutaneo, ecc)?  
Per quale motivo?

Il farmaco è stato sospeso a causa della reazione avversa?      Sì      No

Il farmaco era stato preso in passato?   ☐ Sì   ☐ No    Era avvenuta la stessa reazione?   ☐ Sì   ☐ No

**Oltre al farmaco/i indicati in precedenza riportare eventuali altri farmaci o prodotti (es: integratori, erbe medicinali) assunti contemporaneamente:**

#### 4. Informazioni sul medico curante

Il medico curante è stato informato di questa reazione?      ☐ Sì      ☐ No

Nel caso in cui fosse necessario approfondire il suo caso, possiamo contattare il suo medico curante?      ☐ Sì      ☐ No

Se Sì, potrebbe indicare le seguenti informazioni relative al suo **medico curante**:

Nome      Cognome

Indirizzo      Numero di telefono

#### 5. Altre informazioni mediche rilevanti

**Indicare eventuali altre malattie del paziente** (per esempio allergie, malattie croniche)

#### 6. Informazioni sul compilatore della scheda

Nome      Cognome

Indirizzo e telefono

Indirizzo e-mail

ASL di appartenenza      Regione

Data compilazione      Firma

#### COME INVIARE LA SCHEDA

- Per FAX o E-MAIL o POSTA al Responsabile di Farmacovigilanza della propria ASL, gli indirizzi sono presenti sul sito dell'AIFA ([www.agenziafarmaco.gov.it](http://www.agenziafarmaco.gov.it)) → Sicurezza → Responsabili di farmacovigilanza).