

Meldung einer unerwünschten Wirkung unter Chinesischer Arzneitherapie

(auch Verdachtsfälle) bitte senden an: *Centrum für Therapiesicherheit in der Chin. Arzneitherapie (CTCA)* Erster Vorsitzender Ulrich O. H. Frieling, Gronaust. 82, D-42285 Wuppertal
Tel. +49 162 4198 471 Email: ulrich@frielings.de www.ctca.center

Pat. Init. ____	Geb. datum ____. ____.	Geschlecht w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Größe (cm) _____	Gewicht (kg) _____	ethn. Zugeh. _____	Schwangersch.- monat: _____
Beobachtete unerw. Wirkungen: aufgetreten am: ____ . ____ . ____ Dauer: ____ Tage ____ Wo.						
491624198471						
Medikation ggfs. abgesetzt am: ____ . ____ . ____ Krankenhausaufenthalt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Droge/Arzneimittel: <i>(ggfs. Extrablatt o. Rezepte beifügen)</i>			Art*	Hersteller/Lieferant	gegeben von: bis:	Tagesdosis
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
*DrD=Droge als Dekokt, Grn=Granulat, PuL=Pulver, Hyd=hydrophiles Konzentrat, Tbl=Tablette, Kps=Kapsel, Pil=Pille, Tkt=Tinktur lok=lokale Anwendung, wo/in welcher Form?: _____						
Vermuteter Zusammenhang <input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich mit Nr(n): _____ Grund: früher bereits eingenommen Nr.: _____ Dauer: _____ vertragen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Risikofaktoren (bitte jeweils erläutern/Mengenangabe): Alkohol <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Arzneimittelabusus <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Leberbelastung <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Sonstige:						

Westliche Arzneimittel (in zeitlichem Zusammenhang verabreicht):	Darreichungs- form*	gegeben seit wann:	Tagesdosis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
*z.B. Tabletten, Tropfen, i.v./per Infusion, lok=lokale Anwendung, wo/in welcher Form?:			
Behandlungsdiagnose(n) n. TCM und westlich:		Begleitdiagnose(n), n. TCM und westlich:	
Verlauf /Therapie der Reaktion:			
Reexposition? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Verlauf?			
Ausgang der unerwünschten Wirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/>			
Nähere Erläuterungen/ggfs. Vorbefunde/Ausschluss anderer Ursachen:			
(Möglichst weitere Unterlagen, z.B. Krankenhausbericht, Arztberichte beilegen)			
Wer wurde zusätzlich informiert:			
Können die Informationen (ohne Nennung des Behandlers) weitergegeben werden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Name der/s Berichtenden: (ggfs. Stempel)		Tel:	
Berufsbezeichnung:			
Anschrift:		Datum:	
Klinik?			
Email:		_____ Unterschrift	

