

Meldung einer unerwünschten Wirkung unter Chinesischer Arzneitherapie

(auch Verdachtsfälle) bitte senden an: *Centrum für Therapiesicherheit in der Chin. Arzneitherapie (CTCA)* Erster Vorsitzender Dr. med. Axel Wiebrecht Offenbacher Str. 5 D-14197 Berlin
Tel. +49 (0)30 82704265 email: axel.wiebrecht@gmx.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.

Medikation ggfs. abgesetzt am: ____ . ____ . ____ Krankenhausaufenthalt? ja nein

| Droge/Arzneimittel: <i>(ggfs. Extrablatt o. Rezepte beifügen)</i> | Art* | Hersteller/Lieferant | gegeben | | Tagesdosis |
|--|------|----------------------|---------|------|------------|
| | | | von: | bis: | |
| 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 sicher wahrscheinlich möglich mit Nr(n): _____
Grund:

früher bereits eingenommen Nr.: _____ Dauer: _____
vertragen? ja nein

Risikofaktoren (bitte jeweils erläutern/Mengenangabe): Alkohol Allergien Arzneimittelabusus Diät
Gewichtsabnahme Kontrazeptiva Leberbelastung Niereninsuffizienz Rauchen
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: | |
| <p>Verlauf /Therapie der Reaktion:</p> 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) Berufsbezeichnung: | | Tel: | |
| Anschrift: | | Datum: | |
| Klinik? | | | |
| Email: | | _____ Unterschrift | |