



Patientinformation

Personnummer _____
Kön _____
Förnamn _____
Efternamn _____
Diagnoskod _____

Rapportörer

Inrapporterande läkare _____
Rapportör _____
Rapportörens e-post _____
Sjukhus _____
Klinik _____

Datum

Datum för biverkan _____

Allvarlighetsgrad

- Allvarlig
- Patienten avled*
 - Livshotande*
 - Förlängd vård/sjukhusvård*
 - Invaliditet*
 - Medfödd missbildning*
 - Annan allvarlig biverkan*

Ej allvarlig

Förlopp

- Tillfrisknat
- Under tillfrisknande
- Ej tillfrisknat
- Tillfrisknat med men
- Död
- Okänt

Misstänkt läkemedel

Batchnr

Insatt

Utsatt

Dos/Intervall

--	--	--

Övriga läkemedel

Upphörde reaktionen vid utsättning

- Ja
- Nej
- Okänt
- Ej utsatt

Återkom reaktionen vid insättning

- Ja
- Nej
- Okänt
- Ej återinsatt

Biverkningens diagnos

Beskrivning

Denna sida sänds till: Läkemedelsverket, Box 26, 751 03 Uppsala
Telefonnummer: 018-17 48 10