

۱- مشخصات بیمار نام و نام خانوادگی: سن: وزن: جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> محل سکونت: تلفن:	۲- نوع عارضه ی دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:
--	--

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / / ۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟	۵- سابقه ی هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:
---	---

۶- سابقه بیمار: (آلرژی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماری های فعلی، اعتیاد و...)

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ بله خیر دارو قطع نشده است
۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجددا ظاهر شده است؟ بله خیر دارو مجددا مصرف نگردیده

۹- سرانجام عارضه دارویی: بهبودی عدم بهبودی نقص عضو مرگ سایر موارد:
۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ بله خیر

۱۱- یافته های پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- داروهای مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	شماره سری ساخت

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	شماره سری ساخت

توضیحات:

مشخصات گزارشگر: پزشک داروساز پرستار سایر:
نام و نام خانوادگی گزارشگر:
شماره نظام پزشکی:
تلفن تماس:
آدرس کامل پستی گزارشگر:
استان.....شهرستان.....روستا.....خیابان.....کوچه.....پلاک.....
تاریخ گزارش: / / امضا یا مهر گزارشگر: