

Meldeformular für unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Bitte möglichst vollständig ausfüllen. Felder mit * sind für die Bearbeitung besonders wichtig. | Seite 1 von 2

Bei einem medizinischen Notfall wenden Sie sich bitte sofort an den Notruf (Schweiz: 144) oder eine ärztliche Notfallstelle. Dieses Formular ersetzt keine medizinische Notfallversorgung.

1. Betroffene Person / Patient:in

Initialen oder Patienten-ID:*	Geburtsdatum oder Alter:*
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbekannt	Gewicht: _____ kg Grösse: _____ cm
Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja, Woche _____ ☐ unbekannt	Stillzeit: ☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt

Relevante Erkrankungen, Allergien, Nieren-/Leberfunktionsstörungen:

2. Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)

Beginn der Reaktion:* Datum _____ Uhrzeit _____	Ende / anhaltend: Datum _____ ☐ anhaltend
Schweregrad: ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer	Ärztliche Behandlung erforderlich? ☐ nein ☐ ja

Beschreibung der Reaktion (Symptome, Befunde, Diagnose, zeitlicher Verlauf):*

Folgen / Kriterien für schwerwiegende UAW (Mehrfachauswahl möglich):

☐ Tod ☐ Lebensbedrohlich ☐ Hospitalisation / Verlängerung ☐ Bleibende Schädigung
☐ Angeborene Fehlbildung ☐ Medizinisch bedeutsames Ereignis ☐ Keines dieser Kriterien

Ausgang: ☐ wiederhergestellt ☐ besser ☐ unverändert ☐ verschlechtert ☐ bleibende Folgen ☐ Tod ☐ unbekannt

Meldeformular für unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Bitte möglichst vollständig ausfüllen. Felder mit * sind für die Bearbeitung besonders wichtig. | Seite 2 von 2

3. Verdächtiges Arzneimittel

Handelsname / Wirkstoff:*	Hersteller:
Stärke / Darreichungsform:*	Chargennummer:
Dosis / Häufigkeit:*	Applikationsweg:
Therapiebeginn:*	Therapieende / anhaltend:
Indikation / Behandlungsgrund:*	
Massnahme: ☐ keine ☐ Dosis reduziert ☐ abgesetzt ☐ pausiert ☐ unbekannt	
Reaktion nach Absetzen: ☐ besser ☐ unverändert ☐ unbekannt	Reaktion nach erneuter Gabe: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht erfolgt

4. Begleitmedikation und weitere mögliche Ursachen

Weitere Arzneimittel (inkl. Selbstmedikation, Impfstoffe, pflanzliche Präparate) mit Dosis und Zeitraum:

Weitere relevante Faktoren (Erkrankung, Infektion, Untersuchung, Exposition, Lebensmittel usw.):

5. Meldeperson

Name / Vorname:*	Institution / Praxis:
Beruf: ☐ Arzt/Ärztin ☐ Apotheker:in ☐ Pflege ☐ Patient:in ☐ Angehörige:r ☐ andere:	
Telefon:*	E-Mail:*
Adresse:	
Für Rückfragen erreichbar: ☐ ja ☐ nein	Datum der Meldung:*

Beilagen / zusätzliche Informationen (z. B. Austrittsbericht, Labor, Foto; bitte personenbezogene Daten minimieren):

6. Einwilligung und Übermittlung

☐ Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen korrekt sind. Ich bin damit einverstanden, dass Capramed AG mich zur Klärung der Meldung kontaktiert und die Informationen im Rahmen der gesetzlichen Pharmakovigilanzpflichten verarbeitet und erforderlichenfalls an zuständige Behörden oder Partner weiterleitet.

Ort / Datum:	Unterschrift:
--------------	---------------

Formular senden an: vigilance@capramed.ch

Capramed AG | Turmstrasse 30 | 6312 Steinhausen

Bitte keine Originalunterlagen einsenden. Eine Meldung ist auch möglich, wenn noch nicht alle Angaben vorliegen.