

ΦΟΡΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

|                                                                                                                                                        |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ                                                                                                                               |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| Όνοματεπώνυμο αναφέροντος:                                                                                                                             |                                       |                         | Επάγγελμα:                                                            |                     |                                                                                    |
| Διεύθυνση:                                                                                                                                             |                                       |                         | Πόλη, Χώρα:                                                           |                     |                                                                                    |
| Τηλ.:                                                                                                                                                  |                                       | Fax:                    |                                                                       | Email:              |                                                                                    |
| ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ                                                                                                                             |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| Αρχικά Ασθενούς:                                                                                                                                       | Ηλικία:                               | Ημ/νία γέννησης:        | Φύλο: <input type="checkbox"/> άρρεν<br><input type="checkbox"/> θήλυ | ΒΑΡΟΣ:              | ΥΨΟΣ:                                                                              |
| ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (ΠΙΘΑΝΟΤΕΡΗ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ):                                                                                               |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| Λεναλιδομίδα:                                                                                                                                          |                                       |                         | Βασική νόσος:                                                         |                     |                                                                                    |
| Άλλα συντρέχοντα νοσήματα (προσδιορίστε):                                                                                                              |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| Άλλες θεραπείες (προσδιορίστε):                                                                                                                        |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| Άλλο (προσδιορίστε):                                                                                                                                   |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ                                                                                                                                       |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝΩΣΤΟ                                                  |                                       |                         | ΑΛΛΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:                                    |                     |                                                                                    |
| ΑΛΚΟΟΛ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝΩΣΤΟ                                                     |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ (εάν είναι δυνατόν δώστε διάγνωση, ειδάλλως καταγράψτε σημεία και συμπτώματα)                                                     |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
|                                                                                                                                                        |                                       |                         |                                                                       | Ημερομηνία έναρξης: |                                                                                    |
|                                                                                                                                                        |                                       |                         |                                                                       | Ημερομηνία λήξης:   |                                                                                    |
| ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ                                                                                                                      |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> ΑΝΑΡΡΩΣΗ / ΕΠΙΛΥΣΗ <input type="checkbox"/> ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΜΕ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ <input type="checkbox"/> ΒΕΛΤΙΩΣΗ               |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> ΣΥΝΕΧΙΣΗ / ΜΗ ΕΠΙΛΥΣΗ <input type="checkbox"/> ΘΑΝΑΤΟΣ <input type="checkbox"/> ΑΓΝΩΣΤΗ ΕΚΒΑΣΗ                                |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| Αιτία θανάτου:                                                                                                                                         |                                       |                         | Ημερομηνία θανάτου:                                                   |                     | Διενεργήθηκε αυτοψία:<br><input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> όχι |
| ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ                                                                                                                  |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Θάνατος <input type="checkbox"/> Απειλητικό για τη ζωή <input type="checkbox"/> Ανικανότητα <input type="checkbox"/> Νοσηλεία |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Συγγενής ανωμαλία <input type="checkbox"/> Ιατρικά σημαντικό <input type="checkbox"/> Μη σοβαρό                               |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ                                                                                                                 |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
| Σημειώστε εάν θεωρείτε ύποπτο                                                                                                                          | Ονομασία φαρμάκου και μορφή χορήγησης | Δοσολογία και συχνότητα | Ημερομηνία έναρξης                                                    | Ημερομηνία λήξης    | Ένδειξη                                                                            |
|                                                                                                                                                        | Lenalidomide capsules                 |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
|                                                                                                                                                        |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
|                                                                                                                                                        |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |
|                                                                                                                                                        |                                       |                         |                                                                       |                     |                                                                                    |

**ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗ ΝΟΣΟ**

**ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΤΙΜΕΣ**

**ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Παρακαλώ χρησιμοποιήστε δεύτερη σελίδα για την παροχή περισσότερων πληροφοριών εάν είναι απαραίτητο

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΦΟΡΜΑ**

(Υπογραφή, Ημερομηνία, Σφραγίδα)

