

Meldung einer unerwünschten Wirkung unter Chinesischer Arzneitherapie

(auch Verdachtsfälle) bitte senden an: *Centrum für Therapiesicherheit in der Chin. Arzneitherapie (CTCA)* Erster Sekretär Dr. med. Axel Wiebrecht Bundesallee 141 12161 Berlin
Tel.(030) 8591067 Fax (030) 8270 4264 oder online senden unter www.ctca.de

Pat. Init. ____	Geb. datum ____. ____.	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Größe (cm) _____	Gewicht (kg) _____	ethn. Zugeh.	Schwangersch.- monat: ____
--------------------	---------------------------	---	---------------------	-----------------------	--------------	-------------------------------

Beobachtete unerw. Wirkungen: aufgetreten am: ____ . ____ . ____ Dauer: ____ Tage ____ Wo.

lebensbedrohlich? ja nein

Droge/Arzneimittel: (bitte genaue Bezeichnung)	Art*	Hersteller/Lieferant und Chargennr.	gegeben		Tagesdosis (ggfs. von-bis)
			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 in Lösung, Hyd=hydrophiles Konzentrat, Tbl=Tablette, Kps=Kapsel, 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 Rauchen Sonstige:

Westliche Arzneimittel (in zeitlichem Zusammenhang verabreicht):	Darreichungs- form*	gegeben von: bis:	Tagesdosis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
*z.B. Tabletten, Tropfen, i.v./per Infusion, ÄA=äußere Anwendung, wo/in welcher Form?: _____			
Behandlungsdiagnose(n) n. TCM und westlich:		Begleitdiagnose(n), n. TCM und westlich:	
Verlauf und Therapie: 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"/> Sektion ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Weitere Bemerkungen/nähere Erläuterungen: (Möglichst weitere Unterlagen, z.B. Befunde, Arztberichte beilegen)			
Wer wurde zusätzlich informiert:			
Können die Informationen in anonymisierter Form weitergegeben werden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Name des Therapeuten: (ggfs. Stempel) Berufsbezeichnung: Anschrift: Klinik? Email:	Tel: Fax: Datum: _____ Unterschrift		