

Amgen GmbH; München

Fax Nummer: 0800-2643651

1. Berichtende Person

2. Verschreibender Arzt (falls nicht die berichtende Person)

<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	Name			Name		
<input type="checkbox"/> Krankenschw./Pfleger	Adresse			Adresse		
<input type="checkbox"/> Apotheker/in	Stadt	Bundesland*	PLZ*	Stadt	Bundesland*	PLZ*
<input type="checkbox"/> Patient/in	Land			Land		
<input type="checkbox"/> _____	Tel. Nr.		Fax	Tel. Nr.		Fax

* wenn zutreffend.

3. Patient/in

4. Medizinische Vorgeschichte (inklusive Vordiagnosen)

Patienten-Initialien	Geschlecht	Gewicht	Größe	Datum des Auftretens Tag Monat Jahr	
	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> in <input type="checkbox"/> cm		
Geburtsstag Tag Monat Jahr	Alter	Ethnische Herkunft	Allergien:		Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5. Informationen zu Amgen-Produkten (inklusive Angaben zur Dosierung)

Produkt und Indikation	Medikamentenverabreichung (z.B. SureClick, Kapseln, Fertigspritze)	Erste Verabreichung	Letzte Verabreichung	Dosis / Einheiten	Applikationsart	Häufigkeit	Chargen Nr. (bitte 'unb' eintragen falls unbekannt)	Maßnahmen 1=keine, 2=Dosis verringert, 3=Dosis erhöht, 4=Arzneimittel abgesetzt, 5=Arzneimittel erneut verabreicht
		Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr					

6. Informationen zum unerwünschten Ereignis

Unerwünschtes Ereignis (Diagnose oder Symptom) <small>(Bitte geben Sie das Hauptereignis zuerst an und listen Sie dann alle weiteren Ereignisse auf, jeweils eines pro Zeile)</small>	Datum des ersten Auftretens	Beendigung des unerwünschten Ereignisses <small>(Falls der Patient verstarb, Datum des Todes angeben)</small>	Hospitalisierung		Steht dieses Produkt im kausalen Zusammenhang mit den unten berichteten Ereignissen?		Aktueller Status 1=beendet 2=auf dem Weg der Besserung 3=fortbestehend 4=Patient am Ereignis verstorben
			Hospitalisiert? Verlängerung der Hospitalisierung?	Aufnahmedatum	Entlassungsdatum	Ja	
	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Berichtende Person: (in Druckbuchstaben)	Unterschrift:	Titel:	Datum:
21-Jul-2011	Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Nebenwirkungsmeldung an die globale Arzneimittelsicherheit bei Amgen Inc. (USA) übermittelt und ausschließlich zu diesen Zwecken verwendet.		

Seite 1 von 2

7. Begleitmedikation (inklusive Chemotherapie und Verdachtspräparate)								
Name des Arzneimittels (Handelsname wenn bekannt)	Applikationsart	Dosierung		Indikation	Erste Verabreichung Tag Monat Jahr	Letzte Verabreichung Tag Monat Jahr	Verdacht	
		Einheiten	Häufigkeit				Ja	Nein
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie , zusätzlich zum Datum des ersten Chemotherapie-Zyklus das Datum des letzten Zyklus an.

8. Relevante nicht-hämatologische Tests						Datum Tag Monat Jahr	Zusätzliche Tests / Ergebnisse
Datum Tag Monat Jahr	Test Einheit						

9. Blutbild (bitte Ausgangswerte, Werte zum Zeitpunkt des Ereignisses, sowie Werte danach angeben)

Datum Tag Monat Jahr	Test Einheit	Leukozyten	Neutrophile	Erythrozyten	Hämoglobin	Hämatokrit	Thrombozyten	Retikulozyten	Segmentkernige	Stabkernige	Metamyelozyten	Lymphozyten	Monozyten	Eosinophile	Myelozyten	Basophile	Blasten

10. Beschreibung der Ereignisse: chronologische Zusammenfassung der oben genannten Symptome (Stellen Sie bitte Informationen über das Ereignis zur Verfügung, einschließlich Diagnose, Behandlung und Ausgang einer Reexposition. Geben Sie bitte auch an, ob das Ereignis andauert oder eine **signifikante Behinderung/ Invalidität** verursachte, ob es sich um eine kongenitale Anomalie/Geburtsdefekt handelt, oder ob es eine unmittelbare Lebensbedrohung darstellte).

Berichtende Person: (in Druckbuchstaben)	Unterschrift:	Titel:	Datum:
21-Jul-2011	Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Nebenwirkungsmeldung an die globale Arzneimittelsicherheit bei Amgen Inc. (USA) übermittelt und ausschließlich zu diesen Zwecken verwendet.		
Seite 2 von 2			