

(S)UAW-MELDUNG**BERICHT ÜBER (SCHWERWIEGENDE) UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNGEN - (S)UAW**Im Falle von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (auch schwerwiegende) senden Sie diese Seite innerhalb von **24 Stunden** an AxioNovo GmbHper Fax
0521 - 9883518per E-Mail
suaw@axionovo.deGeschlecht m w Pat.-ID Geburtsdatum Alter ____ Größe (cm) ____ Gewicht (kg) ____**Beobachtete Nebenwirkung(en)**aufgetreten von bis Dauer: _____ andauerndIntensität: leicht mäßig schwer**Unbedingt
Chargen-
nummer
eintragen!****Chargennummer:** Medikation bei Auftritt der (S)UAW: Zoledronsäure andere: verabreichte Tagesdosis: mg Applikation: gegeben von bis wegen Indikation / Grunderkrankung: Maßnahmen wegen (S)UAW in Bezug auf Studienmedikation: keine Medikation abgesetzt Dosisreduktion

Bemerkungen (medizinische Vorgeschichte, sonst. Medikamente o.ä.)

Ereignis ist schwerwiegend nicht schwerwiegendEreignis ist schwerwiegend, weil: Tod lebensbedrohlich bleibender Schaden / Folgeschaden stationäre Behandlung erforderlich von bis andauernd kongenitale Anomalie / Geburtsfehler medizinisch signifikantKausalzusammenhang mit Studienmedikation möglich: ja nein nicht beurteilbarBei Kombinationstherapie: Kausalzusammenhang mit Kombinationspartner: ja neinWirkstoff: Ausgang: wiederhergestellt verbessert Folgeschaden nicht wiederhergestellt unbekannt gestorben ...► Todesdatum Todesursache: Wer wurde informiert? Hersteller BfArM AkdÄ Sonstige: Datum

Arztname (Blockschrift)

Stempel

Unterschrift