

Hinweise

- Bearbeiten Sie bitte für jeden stationären Patienten, der am Stichtag **um 24:00 Uhr** anwesend war, und für jeden teilstationären Patienten, der am Stichtag anwesend war (Fachbereiche: Allgemeinpsychiatrie (AP), Psychosomatik (PSO), Sucht, Gerontopsychiatrie, Forensik, sonstige angegliederte Fachbereiche), beide Teile des **Pharmako-EpiVig-Erhebungsbogens**:

Teil 1 PharmakoEpidemiologie (Fragen 1 - 4) bezieht sich auf den jeweiligen
Stichtag: Mi., 21. April 2021 bzw.
Mi., 20. Oktober 2021.

Teil 2 PharmakoVigilanz (Fragen 5 - 12) bezieht sich auf den jeweiligen
Beobachtungszeitraum: Do., 8. April 2021, bis Mi., 21. April 2021 bzw.
Do., 7. Oktober 2021, bis Mi., 20. Oktober 2021.

- Schreiben Sie bitte gut leserlich in Druckbuchstaben!
- Bitte beachten Sie:
 Bei Ankreuzmöglichkeiten mit Kästchen können jeweils mehrere Antworten markiert werden.
 Bei Ankreuzmöglichkeiten mit Kreisen kann jeweils nur eine Antwort markiert werden.

**Der Erhebungsbogen ist nicht selbsterklärend.
 Lesen Sie bitte die Ausfüllanleitung!**

Pharmako-EpiVig – Teil 1 PharmakoEpidemiologie

1. Patient/in

1.1 Behandlungsart	<input type="radio"/> stationär	<input type="radio"/> teilstationär
1.2 Fachbereich	<input type="radio"/> AP <input type="radio"/> PSO <input type="radio"/> Sucht <input type="radio"/> Geronto <input type="radio"/> Forensik <input type="radio"/> Sonstiges:	
1.3 Geschlecht	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
1.4 Geburtsjahr:	1.5 Schwangerschaft	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:Woche
1.6 Gewicht: kg	1.7 Größe: cm	
<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	

2. Diagnosen (ICD-10)

2.1 psychiatrische Diagnose(n)	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" F _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" F _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" F _ _ . _ _"/>
	Hauptdiagnose			
2.2 somatische Diagnose(n) (und/oder weitere psychiatr. Diagnosen)	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>
	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>
	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>	<input type="text" value=" _ _ . _ _"/>

Bitte weiter mit Seite 2!

Nummer

Pharmako-EpiVig – Teil 1 PharmakoEpidemiologie

3. Medikamente am Stichtag (tatsächlich verabreicht)

Patient/in hat keine Medikation erhalten → Bitte weiter mit Frage 4!

Patient/in hat folgende Medikamente erhalten

Bitte alle verabreichten Medikamente einschließlich der tatsächlich verabreichten Bedarfsmedikation angeben!

Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis in mg	<i>Falls Angabe in mg nicht möglich, bitte Einheit ankreuzen!</i>	äußerliche Anwendung
1.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
2.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
3.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
4.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
5.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
6.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
7.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
8.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
9.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
10.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
11.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
12.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
13.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
14.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
15.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
16.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
17.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
18.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
19.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
20.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
21.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>

4. Depotspritzen, wirksam am Stichtag

keine Depotspritze wirksam → Bitte weiter mit Frage 5!

folgende Depotspritze(n) wirksam

Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis (mg)	Injektionsintervall
1.			alle Wochen / alle Tage
2.			alle Wochen / alle Tage

Bitte weiter mit Seite 3!

Pharmako-EpiVig – Teil 2 PharmakoVigilanz

Bericht über schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen (sUAW)
Beobachtungszeitraum: 08. bis 21. April 2021 bzw. 07. bis 20. Oktober 2021

5. Schwere unerwünschte Arzneimittelwirkung (sUAW)

schwere UAW nein → **Ende** ja → *Bitte weiter mit Fragen 6 – 12!*

Ab hier nur auszufüllen bei aufgetretener sUAW im Beobachtungszeitraum!

6. Labor / Pathologisches EKG / Weitere relevante Untersuchungsergebnisse

- 6.1 Transaminase(n) > 3 x Norm ja nein nicht untersucht
- 6.2 GFR < 30 ≥ 30 ≤ 60 > 60 nicht untersucht
- 6.3 Pathologisches EKG ja nein noch kein Befund kein EKG
- 6.4 Weitere relevante Untersuchungsergebnisse:

7. Beobachtete sUAW mit angeschuldigtem	▶ ▶ ▶ ▶ ▶	Wirkstoff	Datum
1. <input type="checkbox"/> Psychische Störungen:			
2. <input type="checkbox"/> Psychotische Symptome / Manie:			
3. <input type="checkbox"/> Neurologische Störungen:			
4. <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Störungen:			
5. <input type="checkbox"/> Dermatologische Störungen:			
6. <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Störungen:			
7. <input type="checkbox"/> Urologische Störungen:			
8. <input type="checkbox"/> Hämatologische Störungen:			
9. <input type="checkbox"/> Allergische Organmanifestationen:			
10. <input type="checkbox"/> Subjektive Beeinträchtigungen:			
11. <input type="checkbox"/> Sonstiges:			

8. Maßnahmen aufgrund aufgetretener sUAW

keine Maßnahme → *Bitte weiter mit Frage 9!*

folgende Maßnahme(n) wurde(n) durchgeführt	Datum	Grund Nr. der sUAW aus Frage 7
1. <input type="checkbox"/> Reduktion Medikamentendosis Handelsname(n):		
2. <input type="checkbox"/> Erhöhung Medikamentendosis Handelsname(n):		
3. <input type="checkbox"/> Absetzen Medikament(e) Handelsname(n):		
4. <input type="checkbox"/> Medikamentöse Gegenmaßnahme(n) Handelsname(n): Anfangsdosis:		
5. <input type="checkbox"/> Verlegung Fachrichtung von: nach:		
6. <input type="checkbox"/> Konsil Fachrichtung:		
7. <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Bitte weiter mit Seite 4!

Nummer

Pharmako-EpiVig – Teil 2 PharmakoVigilanz

Falls sUAW im Beobachtungszeitraum, bitte Angabe der Medikation!

9. Medikamente am Tag der ersten sUAW innerhalb des Beobachtungszeitraums

Datum:				<input type="radio"/> keine Medikation		<input type="radio"/> gleiche Medikation wie am Stichtag		äußerl. Anw.
Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis in mg							
1.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
2.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
3.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
4.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
5.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
6.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
7.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
8.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
9.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
10.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
11.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
12.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>
13.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>

10. Depotspritzen, wirksam am Tag der ersten sUAW

<input type="radio"/> keine Depotspritze wirksam			
Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis (mg)	Injektionsintervall
1.			alle Wochen / alle Tage
2.			alle Wochen / alle Tage

Falls zweite sUAW im Beobachtungszeitraum, bitte Angabe der Medikation!

11. Medikamente am Tag der zweiten sUAW innerhalb des Beobachtungszeitraums

Datum:				<input type="radio"/> keine Medikation		<input type="radio"/> wie am Stichtag		<input type="radio"/> wie bei Frage 9		äußerl. Anw.
Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis in mg									
1.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
2.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
3.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
4.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
5.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
6.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
7.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
8.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
9.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
10.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
11.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
12.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		
13.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe			<input type="checkbox"/>		

12. Depotspritzen, wirksam am Tag der zweiten sUAW

<input type="radio"/> keine Depotspritze wirksam			
Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis (mg)	Injektionsintervall
1.			alle Wochen / alle Tage
2.			alle Wochen / alle Tage