

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

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

keine Depotspritze wirksam

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

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., 17. April 2024** bzw. **Mi., 16. Oktober 2024.**

Teil 2 PharmakoVigilanz (Fragen 5 - 12) bezieht sich auf den jeweiligen **Beobachtungszeitraum: Do., 4. April 2024, bis Mi., 17. April 2024** bzw. **Do., 3. Oktober 2024, bis Mi., 16. Oktober 2024.**

- 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** stationär teilstationär

1.2 **Fachbereich** AP PSO Sucht Geronto Forensik Sonstiges:

1.3 **Geschlecht** männlich weiblich

1.4 **Geburtsjahr:** 1.5 **Schwangerschaft** nein ja:Woche

1.6 **Gewicht:**kg nicht erhoben 1.7 **Größe:**cm nicht erhoben

2. Diagnosen (ICD-10)

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

Bitte weiter mit Seite 2!

Nummer

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	Falls Angabe in mg nicht möglich, bitte Einheit ankreuzen!	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!

Bericht über schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen (sUAW)
Beobachtungszeitraum: 04. bis 17. April 2024 bzw. 03. bis 16. Oktober 2024

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	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nicht untersucht
6.2 GFR	<input type="radio"/> < 30	<input type="radio"/> ≥ 30 ≤ 60	<input type="radio"/> > 60
6.3 Pathologisches EKG	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> noch kein Befund <input type="radio"/> kein EKG
6.4 Weitere relevante Untersuchungsergebnisse:		

7. Beobachtete sUAW mit angeschuldigtem Wirkstoff Datum

	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