

# Pharmako-EpiVig – Teil 2 PharmakoVigilanz

Falls sUAW im Beobachtungszeitraum, bitte Angabe der Medikation!

**9. Medikamente am Tag der ersten sUAW innerhalb des Beobachtungszeitraums**

Datum: .....  keine Medikation  gleiche Medikation wie am Stichtag

Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis in mg					äußerl. Anw.
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: .....  keine Medikation  wie am Stichtag  wie bei Frage 9

Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis in mg					äußerl. Anw.
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., 16. April 2025** bzw. **Mi., 15. Oktober 2025.**

**Teil 2** PharmakoVigilanz (Fragen 5 - 12) bezieht sich auf den jeweiligen **Beobachtungszeitraum: Do., 3. April 2025, bis Mi., 16. April 2025** bzw. **Do., 2. Oktober 2025, bis Mi., 15. Oktober 2025.**

- 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)**

	┆┆┆┆┆┆	F┆┆┆┆┆┆	F┆┆┆┆┆┆	F┆┆┆┆┆┆
	Hauptdiagnose			

**2.2 somatische Diagnose(n)**  
(und/oder weitere psychiatr. Diagnosen)

	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆
	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆
	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆

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: 03. bis 16. April 2025 bzw. 02. bis 15. Oktober 2025

**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**

	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