

المركز الوطني شلبي بالكاهية لليقظة الدوائية
قسم جمع وتحليل الأعراض السلبية للأدوية

ملف المريض

تاريخ الإعلان

1- المريض(ة)

| | | | |
|---------------------|--------|-----|--------------------|
| الاسم واللقب : | الجنس: | ذكر | أنثى |
| تاريخ الولادة : | العمر: | | رقم الهاتف الجوال: |
| العنوان : | | | |
| البريد الإلكتروني : | | | |

2- امراض مزمنة

| | | |
|---|-----------------|----------|
| ضغط الدم | السكري | |
| امراض أخرى : | | |
| 3- تاريخ التلقيح : | الساعة : | المكان : |
| 4- اسم التلقيح : | | |
| 5- تاريخ ظهور الأعراض بعد التلقيح : | | |
| 6- الأعراض بعد التلقيح | في موضع التلقيح | أخرى |
| 7- التصرف بعد ظهور الأعراض | | |
| استشارة طبيب / مؤسسة صحية: | نعم | لا |
| إذا كانت الإجابة بنعم ، حدد اسم الطبيب / المؤسسة: | | |
| عنوان الطبيب / المؤسسة: | | الهاتف: |
| سيتم الاتصال بك من قبل طبيب مختص من المركز الوطني لليقظة الدوائية لإتمام المعلومات. | | |
| مشاركتك في الإبلاغ عن الأعراض السلبية قيمة و مفيدة للجميع. | | |