

EK-4

ETKİLİLİK ve YAN/ADVERS ETKİ GERİ BİLDİRİM FORMU

(Yurt dışı ilaç kullanımı süresince ciddi yan/advers etki, hastalıkta ilerleme veya ölüm halinde; mümkün olan en kısa süre içerisinde, ayrıca tedavi sonrası periyodik olarak doldurulması gereken izlem formu)

Hasta Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik No*:

Teşhis:

Teşhis Tarihi:

Hastanın Yaşı:

Kullanılan İlacın:

İlacın adı:

Etkin madde:

Dozu ve süresi:

Göz hastalarında ilacın kullanımıyla oluşan değişiklikler:

Enjeksiyon öncesi görme seviyesi :

Enjeksiyon sonrası görme seviyesi :

Enjeksiyon öncesi lezyon boyutu :

Enjeksiyon sonrası lezyon boyutu :

Enjeksiyon sonrası aktivasyon : 1.Var () a. Persistans () b. Nüks ()

2.Yok ()

Tedavi sonrasında hastada gözlenen cevap aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- a. Klinik tam cevap
- b. Kısmi objektif cevap
- c. Subjektif cevap
- ç. Stabil hastalık
- d. Hastalık ilerlemesi
- e. Diğer:

Gözlenen Yan/Advers Etkiler:

Hekimin:

Adı Soyadı:

Kurumu:

GSM*:

e-posta*:

Unvanı:

Tel:

Fax:

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan eder ve aksi durumda olası tıbbi/etik/hukuksal/mali süreçlerin sorumluluğunu kabul ederim. Uygulanacak tedavi sonrasında beklenmeyen bir yan/advers etki, hastalık ilerlemesi veya ölüm gelişmesi durumunda mümkün olan en kısa süre içinde bildirimde bulunacağımı taahhüt ederim.

..../..../20....
Müdavi Hekim
(Adı, Soyadı, İmzası)

***Dikkat: e-posta ve GSM no ile ilgili bölümleri mutlaka doldurunuz. Başvurunuzla ilgili size ulaşılmak istendiğinde ihtiyaç duyulmaktadır.**