

---

**SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)**

(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)

---

**Iniziali del Paziente:** DA

**Data di Nascita:** 01/01/1940

**Sesso:** F

**Data insorgenza reazione:** 19/03/2010

**Origine Etnica:** Europeo

**Codice Segnalazione:**

**Descrizione della reazione ed eventuale diagnosi:**  
Febbre dolori ossei e muscolari

**Gravita' della reazione:** Grave -

**Eventuali esami di laboratorio rilevanti per ADR:**

**Esito:** Risoluzione Completa ADR il

**Azioni intraprese:**

---

**INFORMAZIONI SUL FARMACO**


---

**Farmaco(i) Sospetto(i) - nome della specialita' medicinale \*:**

**A:** Alendronic acid

Lotto:

Dosaggio/Die: 70 mg/settimana mg

Via di Somministrazione:

Durata dell'uso: dal 19/03/2010 al 19/03/2010

**B:**

Lotto:

Dosaggio/Die:

Via di Somministrazione:

Durata dell'uso: dal al

**C:**

Lotto:

Dosaggio/Die:

Via di Somministrazione:

Durata dell'uso: dal al

\* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o richiamo e l'ora della somministrazione



**Il farmaco e' stato sospeso?**

A: si

B:

C:

**La reazione e' migliorata dopo la sospensione?**

A: si

B:

C:

**Il farmaco e' stato ripreso?**

A: no

B:

C:

**Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?**

A:

B:

C:

**Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco e' stato usato:**

A: Osteoporosi

B:

C:

**Farmaco(i) concomitante(i), dosaggio, via di somministrazione, durata del trattamento:**

**Uso concomitante di altri prodotti a base di piante officinali, omeopatici, integratori alim. ecc.:**

**Condizioni concomitanti predisponenti:**

**Qualifica segnalatore:**

**Dati del segnalatore**

Nome e Cognome: Rossi Mario

Indirizzo: Via delle Viole, 11 - Pescara

Tel e Fax: 00000000

E-Mail:

Data Compilazione: 2010-03-20 00:00:00