

# İLAC GÜVENLİK İZLEM FORMU\*

Otokopili 3 nüsha (Hekim, TÜFAM, Geri Ödeme Kurumu)

Hastanın adı, soyadı:

Hastanın yaşı ve cinsiyeti:

Hastane adı ve hastanın dosya numarası:

Hastanın tanısı ve tanı tarihi:

Bu tedavi öncesinde ilgili tanı ve endikasyon için kullanılan ilaçlar:

..... tedavisini endike kılan durum:

Başlangıçta tüberküloz değerlendirmesi PPD:..... Akciğer grafisi:.....

INH profilaksisi yapılacaksa başlangıç ve bitim tarihi:.....

Malign veya pre-malign hastalık öyküsü:.....

	Tarih	Verilen doz	Oluşan advers etkiler	Elde edilen olumlu etkiler	Birlikte kullanılan ilaçlar
1. uygulama					
3. aydaki cevap					
Kaçıncı uygulama olduğu.....					

- Hastada halen klinik olarak aktif tüberküloz veya malignite bulunmamaktadır.
- Hasta, fungal enfeksiyon gelişimi riski yönünden değerlendirilmiştir.
- Hasta, ilacın tüberküloz, lenfoma ve malignite dahil riskleri konusunda uyarılmıştır.
- ..... tedavisi almasında medikal sakınca yoktur.

.....

İmza

Adı Soyadı (Kaşe)

Reçete Eden Hekim

.....

İmza

Adı Soyadı (Kaşe)

İç Hastalıkları Uzmanı

veya

Çocuk Hastalıkları Uzmanı

.....

İmza

Adı Soyadı (Kaşe)

Göğüs Hastalıkları Uzmanı

veya

Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

\* Bu form etanercept, infliksimab, adalimumab, abatacept, kanakinumab için kullanılmaktadır.

\* Bu form, tedavi süresince üç ayda bir doldurulmalıdır.

\* Hasta başlangıçta ve ilaç kullanıldığı sürece tüberküloz, fungal enfeksiyon, lenfoma ve malign hastalıkların gelişimi yönünden reçete eden hekimler ile göğüs hastalıkları (veya enfeksiyon hastalıkları) ve iç hastalıkları (çocuklar için çocuk hastalıkları) uzmanlarınca yakından izlenmelidir.

\* Ciddi advers etki gelişmesi durumunda "Advers Etki Bildirim Formu" doldurularak TÜFAM'a 15 gün içinde bildirilmelidir. (Adres: S.B. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Söğütözü Mah.2176. Sok. No:5, Tel: 218 30 00, Faks: 218032096; e-posta: tufam@iegm.gov.tr)

İlacın alındığı eczanenin adı ve adresi:.....