

SAE-MELDEBOGEN
BITTE INNERHALB VON 24 H FAXEN AN 030-8445-4468

| | |
|--|--|
| Pat.ID: <input type="text"/> | Klinik (Stempel) |
| Initialien <input type="text"/> <input type="text"/> (Vorname, Name) | |
| Geb.Dat. <input type="text"/> | |
| Verantwortlicher Prüfarzt: | |
| Name..... Tel./Fax: | |
| <input type="checkbox"/> Erstmeldung | <input type="checkbox"/> Follow-up |
| Beginn <input type="text"/> | Ende <input type="text"/> (wenn persistierend, Datum der letzten Information) |
| Beschreibung des SAE: (inkl. Diagnose, Symptome, Behandlung, ggf. Ergebnis d. Obduktion) | |
| | |
| Schwere des SAE: | Intervention in Bezug auf die Therapie: |
| <input type="radio"/> Tod, Datum <input type="radio"/> lebensgefährlich <input type="radio"/> anhaltende Beeinträchtigung/Behinderung <input type="radio"/> Hospitalisierung <input type="radio"/> Verlängerung d. Krankenhausaufenthaltes <input type="radio"/> Kongenitale Anomalie <input type="radio"/> andere: | <input type="radio"/> Therapie abgebrochen <input type="radio"/> Therapie unterbrochen <input type="radio"/> Dosis reduziert <input type="radio"/> Dosis erhöht <input type="radio"/> Dosis unverändert <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> sonstige Maßnahmen: |
| Zusammenhang mit der Therapie: | Ausgang des SAE: |
| <input type="radio"/> kein Zusammenhang <input type="radio"/> möglicher Zusammenhang <input type="radio"/> wahrscheinlicher Zusammenhang <input type="radio"/> sicherer Zusammenhang | <input type="radio"/> wiederhergestellt ohne Folgen <input type="radio"/> wiederhergestellt mit Folgen <input type="radio"/> nicht wiederhergestellt <input type="radio"/> Tod <input type="radio"/> unbekannt |
| Kommentar: | |
| | |
| Datum <input type="text"/> Unterschrift _____ | |