



Exeltis

PVEX-F02.03 - விபரீத நிகழ்வைத் தெரிவிக்கும் படிவம்

தரவில் பதிவேற்ற கையொப்பம்:
நிகழ்வு தேதி:
ஒப்பளிப்பு தேதி:

I. அறிக்கை விவரம்

1. லோக்கல் கேஸ் ஐடி	3. அறிவித்தவர் விவரம் <input type="checkbox"/> உடல்நல தொழில்முறையாளர் <input type="checkbox"/> உதவியாளர் (ஸ்டடி) <input type="checkbox"/> கையேடு <input type="checkbox"/> முறைப்படுத்தும் அதிகாரங்கள் <input type="checkbox"/> நோயாளி / பயனர்	4. மற்ற கேஸ் ஐடிக்கள் <i>(ஹெல்த் அத்தாரிடிஸ் ஐடி, பார்ட்னர்ஸ் ஐடி, குவாலிடி கம்ப்ளெயின்ட் ஐடி, மெடிகல் குவாரி ஐடி, அகியவை)</i>
2. கேஸ் படிவம் <input type="checkbox"/> ஆரம்ப அறிக்கை <input type="checkbox"/> தொடர் அறிக்கை		
5. ஆரம்ப ரசீது தேதி	6. Follow Up1 ரசீது தேதி	7. Follow Up2 ரசீது தேதி <i>அடுத்தடுத்த தொடர் தேதிகளை எடுத்த வேண்டும், தேவைப்பட்டால்</i>

II. அறிவித்தவர் விவரம்

8. அறிவித்தவர் தகுதிநிலை <input type="checkbox"/> மருத்துவர் <input type="checkbox"/> ஃபார்மசிஸ்ட் <input type="checkbox"/> உடல்நல கவனிப்பு அளிப்பவர் <input type="checkbox"/> முறைப்படுத்தும் அதிகாரங்கள் <input type="checkbox"/> நோயாளி / பயனர்	9. அறிவித்தவரின் பெயர், தகுதிநிலை மற்றும் தொடர்பு விவரங்கள் <i>(ஸ்பானிஷ் கேஸ்களுக்கு அறிவித்தவர் மண்டலம் அவசியம் தேவை) (பயனர்/நோயாளியின் விவரங்களை பெயரில்லாமல் செய்ய வேண்டும்)</i>
---	--

III & IV. நோயாளி விவரங்கள் & எதிர்வினை விவரங்கள்

10. நிகழ்ந்திருக்கும் நாடு	11. பிறந்த தேதி			12. வயது (வருடம்)	13. பாலினம்	14. விபரீதம் ஆரம்பமான தேதி			15. பொருந்தும் அனைத்தையும் குறியிட வேண்டும் <input type="checkbox"/> மரணம் விளைவிக்கும் <input type="checkbox"/> உயிர்ப்பத்து விளைவிக்கும் <input type="checkbox"/> நோயாளி தொடர்ந்து நீண்ட காலம் மருத்துவமனையில் <input type="checkbox"/> நோயாளிக்குத் தொடர்ந்திருக்கும் அல்லது பேரளவு இயலாமை அல்லது திறனின்மை <input type="checkbox"/> இதர பிற மோசமான மருத்துவ நிகழ்வுகள் <input type="checkbox"/> பிறப்புடன் அமைந்த குறைபாடு / பிறவிஊனம்						
	நாள்	மாதம்	வருடம்			நாள்	மாதம்	வருடம்							
16. நிகழ்வு(களை) விவரிக்கவும்: <i>(அடையாளங்கள், அறிகுறிகள், இறுதி நோயறிதல், சம்பந்தப்பட்ட பரிசோதனைகள் மற்றும் பரிசோதனைச்சாலை தரவுகள்)</i>															
17. எதிர்வினை பாதிப்பு <input type="checkbox"/> மீண்டுவிட்டார் / சரிசெய்யப்பட்டுவிட்டது <input type="checkbox"/> மீண்டுவிட்டார் / படிப்படியாக கொடுத்து சரிசெய்யப்பட்டது <input type="checkbox"/> தெரியவில்லை						18. விளைவு தேதி <table border="1"> <tr> <th>நாள்</th> <th>மாதம்</th> <th>வருடம்</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				நாள்	மாதம்	வருடம்			
நாள்	மாதம்	வருடம்													
<input type="checkbox"/> குணமடைகிறார் / சரிசெய்யப்படுகிறது <input type="checkbox"/> மீளவில்லை / சரியாகவில்லை <input type="checkbox"/> மரணம்															

19. மரணம் சம்பந்தப்பட்ட விளைவு
(பொருந்தும் சுவப்பரிசோதனை அறிக்கை அல்லது பிண ஆய்வு அறிக்கை)

இறப்புக்கான காரணம்:

சுவப்பரிசோதனை அறிக்கை உண்டு: ஆமாம் (ஆமாம் என்றால் நகல் ஒன்றை இணைக்கவும்) இல்லை
சுவப்பரிசோதனையில் தெரியவந்தவை:

V. சந்தேகத்திற்குரிய மருந்து விவரம் (ஒன்றுக்கும் அதிகம் என்றால், இந்த பிரிவை மீண்டும் உபயோகப்படுத்தவும்)

20. சந்தேகப்படும் மருந்து (புராதெக்ட் பெயர், வீரியப் பொருள் மற்றும் அதன் வலிமை)			
21. தினசரி டோஸ்(கள்)	22. எடுத்துக்கொள்ளும் வழிமுறை	23. பேட்ச் நம்பர் (பையோலஜி / பையோ டெக்னாலஜிகல் புராதெக்டுகளுக்குக் கட்டாயமானது)	24. காலாவதி தேதி
25. பயன்பாட்டிற்கான அறிகுறி(கள்)			
26. சிகிச்சை ஆரம்ப தேதி	27. சிகிச்சை முடிவடைந்த தேதி	28. சிகிச்சை நடந்த கால அளவு	
29. சந்தேகத்திற்குரிய மருந்து மாற்றப்பட்ட நடவடிக்கை <input type="checkbox"/> மாற்றவில்லை <input type="checkbox"/> டோஸ் குறைக்கப்பட்டது <input type="checkbox"/> டோஸ் அதிகரிப்பு <input type="checkbox"/> கைவிடப்பட்டது <input type="checkbox"/> தடைப்பட்டது - மீண்டும் ஆரம்பமான தேதி: <input type="checkbox"/> தெரியவில்லை			
30. மருந்து நிறுத்தப்பட்ட பிறகு எதிர்வினை மறைந்ததா? <input type="checkbox"/> ஆமாம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> பொருந்தாது		31. மருந்தை மீண்டும் ஆரம்பித்தவுடன் எதிர்வினை மீண்டும் தோன்றியதா? <input type="checkbox"/> ஆமாம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> பொருந்தாது	

VI உடன் நிகழ்வு மருந்துகள் - மருத்துவ வரலாறு

32. உடன் எடுத்துக்கொள்ளப்பட்ட மருந்து(கள்), ஹெர்பல் மருந்துகள், துணை உணவுகள் (குறியீடுகள், மருந்து டோஸ் மற்றும் எடுத்துக்கொள்ளப்பட்ட தேதிகள், கிடைத்தால், ஆகியவற்றை எழுதவும்)
33. சம்பந்தப்பட்ட மருத்துவ வரலாறு (உ-ம். அபாய காரணிகள், ஒவ்வாமைகள், குடும்ப வரலாறு... ஆகியவை)

VII. கூடுதல் தகவல்

34. காரண காரிய மதிப்பீடு (சந்தேகப்படும்படியான மருந்துடன் அறிவிப்பாளர் தொடர்பு கொண்ட நிலை) <input type="checkbox"/> தொடர்பு உண்டு <input type="checkbox"/> தொடர்பு இருந்திருக்கலாம் <input type="checkbox"/> தொடர்பு இருந்திருக்கும் <input type="checkbox"/> தொடர்பு இருந்திருக்காது <input type="checkbox"/> தொடர்பு இல்லை <input type="checkbox"/> தெரியவில்லை <input type="checkbox"/> மதிப்பிட முடியவில்லை	35. சம்பந்தப்பட்ட மற்ற விவரங்கள்
--	----------------------------------