

Rapporten skickas
utskrivnen per post till: Läkemedelsverket
Enheten för läkemedelssäkerhet
Box 26
751 03 Uppsala

Konsumentrapport

om misstänkt biverkning av läkemedel och/eller naturläkemedel

Datum för rapportering (AAAA MMDD):	
Om personen som fyller i rapporten	
1. Namn	2. Får Läkemedelsverket kontakta dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Telefon inkl. riktnummer	4. E-postadress
	Fullständig postadress
Om personen som upplevde biverkningen	
5. Vem upplevde biverkningen? <input type="checkbox"/> Jag <input type="checkbox"/> Mitt barn <input type="checkbox"/> Någon annan:	6. Kön* <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
	7. Födelsedatum (ÅÅÅÅ*-MM-DD)
	8. Vikt i kg
	9. Längd i cm
Biverkning	
10. Beskriv biverkningens symtom* (ett symtom per rad)	11. Biverkningen började (ÅÅÅÅ-MM-DD)
12. Beskriv biverkningen med egna ord*	
13. Hur länge användes läkemedlet innan biverkningen uppstod?	14. Har biverkningen behandlats? <input type="checkbox"/> Ja, behandlats med: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
15. Har biverkningen försvunnit? <input type="checkbox"/> Ja, helt <input type="checkbox"/> Ja, återställd men har kvarstående men <input type="checkbox"/> Nej, men mindre besvär än i början <input type="checkbox"/> Nej, ingen skillnad <input type="checkbox"/> Vet ej	16. Biverkningen har inverkat på vardagen på följande sätt <input type="checkbox"/> Lite eller inte alls <input type="checkbox"/> Försvårat vardagliga sysslor <input type="checkbox"/> Omöjliggjort vardagliga sysslor <input type="checkbox"/> Vet ej
17. Biverkningen har lett till följande situationer <input type="checkbox"/> Sjukhusinläggning <input type="checkbox"/> Livshotande reaktion <input type="checkbox"/> Medfödd missbildning <input type="checkbox"/> Förlängd sjukhusinläggning <input type="checkbox"/> Bestående funktionsnedsättning / Handikapp <input type="checkbox"/> Dödsfall <input type="checkbox"/> Inget av ovanstående	
18. Har du några andra sjukdomar än för den som läkemedlet användes till?	19. Andra möjliga orsaker till biverkningen

Misstänkt läkemedel - Läkemedel 1		
20. Läkemedlets namn*	21. Läkemedelsform och styrka	22. Orsak till behandling
23. Dosering, batchnummer	24. Startdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	25. Slutdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
26. Ändrades läkemedelsbehandlingen när biverkningen uppstod? <input type="checkbox"/> Ja, slutade ta läkemedlet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, minskade dosen av läkemedlet <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja, ökade dosen av läkemedlet		27. Vad hände när behandlingen ändrades? <input type="checkbox"/> Biverkningen försvann <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Biverkningen minskade <input type="checkbox"/> Biverkningen finns kvar
28. Om läkemedlet använts igen, kom besvären tillbaka? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Har inte provat igen		29. Varifrån kom läkemedlet? <input type="checkbox"/> Apotek (utan recept) <input type="checkbox"/> Hälsokostbutik <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av läkare) <input type="checkbox"/> Annan butik <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av tandläkare) <input type="checkbox"/> Internetköp <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av sjuksköterska) <input type="checkbox"/> Utlandsköp <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av barnmorska) <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av tandhygienist)
Misstänkt läkemedel - Läkemedel 2		
20. Läkemedlets namn*	21. Läkemedelsform och styrka	22. Orsak till behandling
23. Dosering, batchnummer	24. Startdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	25. Slutdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
26. Ändrades läkemedelsbehandlingen när biverkningen uppstod? <input type="checkbox"/> Ja, slutade ta läkemedlet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, minskade dosen av läkemedlet <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja, ökade dosen av läkemedlet		27. Vad hände när behandlingen ändrades? <input type="checkbox"/> Biverkningen försvann <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Biverkningen minskade <input type="checkbox"/> Biverkningen finns kvar
28. Om läkemedlet använts igen, kom besvären tillbaka? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Har inte provat igen		29. Varifrån kom läkemedlet? <input type="checkbox"/> Apotek (utan recept) <input type="checkbox"/> Hälsokostbutik <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av läkare) <input type="checkbox"/> Annan butik <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av tandläkare) <input type="checkbox"/> Internetköp <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av sjuksköterska) <input type="checkbox"/> Utlandsköp <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av barnmorska) <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av tandhygienist)

Andra läkemedel: Lista eller beskriv vilka andra läkemedel, naturläkemedel eller kosttillskott som använts.			
30. Läkemedlets namn	31. Orsak till behandling	32. Startdatum	33. Slutdatum
34. Övrigt om andra läkemedel (till exempel batchnummer för ovanstående läkemedel)			

Övriga frågor	
35. Ytterligare information	36. Har du meddelat någon inom hälso- och sjukvården om biverkningen? <input type="checkbox"/> Ja, yrkeskategori: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

Information om sekretess och behandling av personuppgifter
<p>De personuppgifter som lämnas i rapporten kommer att behandlas av Läkemedelsverket för statistik och forskning samt i syfte att samla in, registrera, lagra och vetenskapligt utvärdera uppgifter om biverkningar av läkemedel. Den behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Uppgifterna kommer att sparas utan tidsbegränsning och vidarebefordras till den europeiska biverkningsdatabasen. De uppgifter du lämnar om ditt hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden omfattas av sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Läkemedelsverket är personuppgiftsansvarig för behandlingen. Du har rätt att begära tillgång till och rättelse av personuppgifter eller begränsning av behandling som rör dig. Du har också rätt att göra invändningar mot behandling av personuppgifter om dig. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till Datatillsynsmyndigheten.</p> <p>Kontaktuppgifter till Läkemedelsverket och dataskyddsombudet: Läkemedelsverket, Tfn: 018-17 46 00 E-post: registrator@lakemedelsverket.se</p>

Anvisningar för att fylla i blanketten

Leg. sjukvårdspersonal (läkare, sjuksköterskor, tandläkare och farmaceuter) som rapporterar biverkningar (även för egenrapportering) bör använda e-tjänsten eller blankett för sjukvårdspersonal, www.lakemedelsverket.se, ”Rapportera biverkningar”.

Var vänlig och fyll i så mycket av formuläret som möjligt. Det gör ingenting om du inte kan fylla i alla fält, men frågorna markerade med en asterisk (*) är **obligatoriska**, dvs. de måste du fylla i för att vi ska kunna använda din anmälan: Födelseår, kön, biverkning och det misstänkta läkemedlets namn.

Med "läkemedel" menas i blanketten både läkemedel och naturläkemedel.

Viktigt är att du tar del av texten ”Information om sekretess och behandling av personuppgifter ” på sidan 2 i blanketten.

När du fyllt i blanketten kan du skicka den utskrivna i frankerat kuvert till

Läkemedelsverket
Enheten för läkemedelssäkerhet
Box 26
751 03 Uppsala

Tack för din medverkan!

LÄKEMEDELSVERKET