

1. PATIENT

1.1 **Alter** (bei Auftreten der Reaktion): Jahre 1.2 **Geschlecht** (bei Geburt): Männlich Weiblich
 1.3 **Bei weiblichen Patienten: Ist die Patientin zum Zeitpunkt der Reaktion schwanger?** Unbekannt Nein Ja

1.4 **Allergische Erkrankung und Anamnese:** Andere Allergien (Nahrungsmittelallergien, etc.), bitte eintragen:
 Allergische Rhinokonjunktivitis
 Asthma → Kontrolliert Nicht kontrolliert Begleitende Atemwegsinfektionen, bitte eintragen:

1.5 **Weitere relevante Informationen zur Krankengeschichte** (Krankengeschichte, Begleiterkrankungen, Risikofaktoren):

1.6 **Begleitmedikation für die allergische Erkrankung** (die der Patient aktuell zum Zeitpunkt des Auftretens der Reaktion):

Arzneimittelname	Dosierung und Häufigkeit	Verabreichungsweg	Startdatum	Indikation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>

2. PRODUKT

2.1 **Produktname:**
 2.2 **Zusammensetzung:**
 2.3 **Chargennummer/Referenznummer:** 2.4 **Verfallsdatum:**
 TT MM J J J J

2.5 **Maßnahmen bzgl. Des Produktes**
 Keine
 Unterbrechung des Tests
 Unbekannt

2.6 **Menge/Konzentration der letzten Dosis vor Beginn des Ereignisses:**

2.7 **Trat die Reaktion nach erneuter Gabe erneut auf?** Nein Ja Nicht zutreffend

2.8 **Hörte die Reaktion nach Absetzen der SCIT auf?** Nein Ja Nicht zutreffend

2.9 **Datum der letzten Applikation** (vor Auftreten der Reaktion):
 D D MM A A A A

2.10 **Hatte der Patient bereits diese oder andere Reaktionen während einer früheren Behandlung?** Nein Ja, bitte beschreiben:

3. VERMUTETE ARZNEIMITTELNEBENWIRKUNG

** bei Bedarf bitte ein Zusatzblatt hinzufügen **

3.1 Klin. Zeichen/ Symptome	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.2 Start der Reaktion	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/> TT MM J J J J
3.3 Ende der Reaktion	<input type="text"/> TT MM J J J J <input type="checkbox"/> Anhaltend	<input type="text"/> TT MM J J J J <input type="checkbox"/> Anhaltend	<input type="text"/> TT MM J J J J <input type="checkbox"/> Anhaltend	<input type="text"/> TT MM J J J J <input type="checkbox"/> Anhaltend	<input type="text"/> TT MM J J J J <input type="checkbox"/> Anhaltend
3.4 Dauer der Reaktion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.5 Zeitspanne bis zum Aufreten (seit der letzten Applikation)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.6 Wiederhergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.7 Schweregrad (gemäß 3.14)	<input type="checkbox"/> Schwerwiegend <input type="checkbox"/> Nicht schwerwiegend	<input type="checkbox"/> Schwerwiegend <input type="checkbox"/> Nicht schwerwiegend	<input type="checkbox"/> Schwerwiegend <input type="checkbox"/> Nicht schwerwiegend	<input type="checkbox"/> Schwerwiegend <input type="checkbox"/> Nicht schwerwiegend	<input type="checkbox"/> Schwerwiegend <input type="checkbox"/> Nicht schwerwiegend
3.8 Sehen Sie einen Zusammenhang zum Produkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3.9 Detaillierte Beschreibung der Reaktion:

3.10 Diagnose:

3.11 Können andere Umstände die Reaktion ausgelöst haben?

Nein Ja, bitte beschreiben: Unbekannt

3.12 Behandlung der Reaktion

Arzneimittelname oder therapeutische Maßnahme	Dosis und Häufigkeit	Verabreichungsweg	Startdatum	Stopdatum	Indikation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/> TT MM J J J J	<input type="text"/>

3.13 Ausgang

Wiederhergestellt Mit Folgen wiederhergestellt
 Besserung Fatal
 Nicht wieder hergestellt Unbekannt

3.14 Beurteilung der Schweregrades

Nicht schwerwiegend

Schwerwiegend, bitte Kriterium angeben:

- Dauerhafte oder signifikante Behinderung oder Berufsunfähigkeit
- Lebensbedrohlich (*)
- Hospitalisierung oder Verlängerung
- Klinisch bedeutsam (**)
- Kongenitale Anomalie oder Geburtsfehler
- Tod

(*) "Lebensbedrohlich" bezieht sich in diesem Zusammenhang auf eine Reaktion, bei der der Patient zum Zeitpunkt der Reaktion gefährdet war; es bezieht sich nicht auf eine Reaktion, die hypothetisch den Tod verursacht haben könnte, wenn sie schwerer gewesen wäre.

(**) "Klinisch bedeutsam" bezieht sich auf wichtige medizinische Ereignisse, die möglicherweise nicht sofort lebensbedrohlich sind oder zum Tod oder Krankenhausaufenthalt führen, aber den Patienten gefährden oder eine Intervention erfordern könnten, um zu verhindern, dass eines der anderen Ergebnisse den Tod oder den Krankenhausaufenthalt herbeiführt.

<p>3.15 Lokalreaktion *</p> <p><i>* Als Lokalreaktion wird jede Reaktion angesehen, die von den zu erwartenden abweicht</i></p> <p>SOFORTREAKTION:</p> <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Schwer <p>VERZÖGERTE REAKTION:</p> <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Schwer	<p>Systemische Reaktion [Klassifizierung nach WAO Kriterien (2010)]:</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 1: Symptom(e)/klinische Zeichen an einem Organ: Haut: generalisierter Juckreiz, Urtikaria, Flush oder Hitze- bzw. Wärmegefühl oder Angioödem (nicht Larynx, Zunge oder Uvula) oder Obere Atemwege: Rhinitis (z. B. Niesreiz, wässriger Schnupfen, Juckreiz in der Nase und/oder nasale Obstruktion) oder starkes Räuspern (Juckreiz im Gaumen) oder Hustenreiz in den oberen Atemwegen (nicht Lunge, Kehlkopf oder Luftröhre) oder Konjunktiven: Rötung, Juckreiz oder Tränenfluss oder Andere: Übelkeit, metallischer Geschmack oder Kopfschmerzen.</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 2: Symptom(e)/klinische Zeichen an mehr als einem Organ oder Untere Atemwege: Asthma: Husten, Giemen, Kurzatmigkeit (z. B. < 40 % PEF- oder FEV1-Abfall, der auf inhalative Bronchodilatoren anspricht) oder Verdauungstrakt: Bauchkrämpfe, Erbrechen oder Durchfall oder Andere: Uteruskontraktionen.</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 3: Untere Atemwege: Asthma (z. B. _ 40 % PEF- oder FEV1- Abfall, mit fehlendem Ansprechen auf inhalative Bronchodilatoren) oder Obere Atemwege: Kehlkopf-, Uvula- oder Zungenödem mit oder ohne Stridor.</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 4: Untere oder obere Atemwege: Atemstillstand mit oder ohne Ohnmacht oder Herz/Kreislauf: Blutdruckabfall mit oder ohne Ohnmacht.</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 5: Tod</p>
---	---

3.17 Andere Art der Reaktion
 Beschreibung (bitte Intensität angeben)

4. SPEZIELLE SITUATIONEN (mit oder ohne mögliche Nebenwirkungen)

<input type="checkbox"/> Medikationsfehler ^(a) <input type="checkbox"/> Überdosierung <input type="checkbox"/> Missbrauch <input type="checkbox"/> Fehlgebrauch ^(b)	<input type="checkbox"/> Off-label use ^(c) <input type="checkbox"/> Exposition während der Schwangerschaft oder Stillzeit <input type="checkbox"/> Väterliche Exposition <input type="checkbox"/> Mangelnde Wirksamkeit	<input type="checkbox"/> Berufliche Exposition <input type="checkbox"/> Unerwarteter klinischer Nutzen <input type="checkbox"/> Pharmakologische Wechselwirkung <input type="checkbox"/> Infektionsmittelübertragung (über Arzneimittel)
--	---	---

(a) Unter „Medikationsfehler“ versteht man ein versehentliches Abweichen von dem für den Patienten optimalen Medikationsprozess, das zu einer grundsätzlich vermeidbaren Schädigung des Patienten führt oder führen könnte. Medikationsfehler können jeden Schritt des Medikationsprozesses betreffen (Verordnung, Zubereitung, Abgabe oder Verabreichung eines Arzneimittels) und von jedem am Medikationsprozess Beteiligten verursacht werden.

(b) „Fehlgebrauch“: Situationen, in denen das Arzneimittel absichtlich und unangemessen nicht in Übereinstimmung mit den zugelassenen Produktinformationen verwendet wird.

(c) „Off-Label-Use“: Situationen, in denen ein Arzneimittel vorsätzlich für einen medizinischen Zweck verwendet wird, der nicht den genehmigten Produktinformationen entspricht.

4.1 Ausführliche Beschreibung der speziellen Situation::

5. ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

5.1 Halten Sie es für notwendig, die Produktqualität untersuchen zu lassen? Nein Ja → **Produkt vorhanden?** Ja Nein

5.2 Wurde die Reaktion bereits der Behörde gemeldet? Ja Nein

5.3 Kommentare:

6. KONTAKTDATEN REPORTER

6.1 Name: **6.2 Fachrichtung:**

6.3 Telefon: **6.4 Email:**

6.5 Arbeitsplatz/Anschrift:

<p>6.6 Unterschrift:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; background-color: #f0f0f0;"></div>	<p>6.7 Datum:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T T</td> <td style="text-align: center;">M M</td> <td style="text-align: center;">J J</td> <td style="text-align: center;">J J</td> <td style="text-align: center;">J J</td> <td style="text-align: center;">J J</td> <td style="text-align: center;">J J</td> <td style="text-align: center;">J J</td> </tr> </table>									T T	M M	J J	J J	J J	J J	J J	J J	<p>Sie können diesen Bericht per Fax (+49(0)2302 202 86 23) oder eMail (safety@leti.de) senden.</p> <p>Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Telefon +49(0)2302 202 86 0</p>
T T	M M	J J	J J	J J	J J	J J	J J											

7. GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Verantwortliche Organisation: LABORATORIOS LETI, S.L. UNIPERSONAL.
Zweck: Bearbeitung möglicher unerwünschter Arzneimittelreaktionen im Zusammenhang mit Arzneimitteln, die von Laboratorios LETI, S.L. Unipersonal hergestellt und/oder vertrieben werden.
Rechte: Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer Daten, nähere Erläuterung unter „Zusätzliche Informationen“.
Zusätzliche Informationen: Weitere detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://leti.de/datenschutz>