

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 Diagnostische Testergebnisse (Prick Test, spezifische IgE):

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

Arzneimittelname	Dosis und Häufigkeit	Verabreichungsweg	Startdatum	Indikation																
_____	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>									T	T	M	M	J	J	J	J	_____
T	T	M	M	J	J	J	J													
_____	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>									T	T	M	M	J	J	J	J	_____
T	T	M	M	J	J	J	J													
_____	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>									T	T	M	M	J	J	J	J	_____
T	T	M	M	J	J	J	J													
_____	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>									T	T	M	M	J	J	J	J	_____
T	T	M	M	J	J	J	J													

1.8 Wurde eine Prämedikation vor der Injektion des LETI Produktes gegeben?
 Nein Ja, bitte eintragen welche → _____

2. PRODUKT

2.1 Produktname _____

2.2 Zusammensetzung _____

2.3 Chargennummer/Referenznummer _____ 2.4 Verfallsdatum _____
 T T M M J J J J

2.5 Flaschennr. vor Auftreten der Reaktion _____ 2.6 Wurde eine neue Flasche verwendet? Nein Ja

2.7 Behandlungsphase <input type="checkbox"/> Aufdosierung <input type="checkbox"/> Erhaltungstherapie	2.8 Behandlungsregime <input type="checkbox"/> Konventionelle Aufdosierung <input type="checkbox"/> Quick-Aufdosierung	2.9 Wie wurde die SCIT nach der Reaktion fortgesetzt? <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Abgebrochen <input type="checkbox"/> Unterbrochen <input type="checkbox"/> Dosis reduziert → neue Dosis: _____ ml aus Flasche _____ <input type="checkbox"/> Dosis nicht verändert
--	--	---

2.10 Start der LETI Immuntherapie _____ 2.11 Ende der Behandlung (sofern zutreffend) _____
 T T M M J J J J T T M M J J J J

2.12 Datum der letzten Applikation vor Auftreten der Reaktion _____ 2.13 Dosis der letzten Applikation vor Auftreten der Reaktion _____ ml
 T T M M J J J J

2.14 Trat die Reaktion nach erneuter Gabe erneut auf? Nein Ja Nicht zutreffend 2.15 Hörte die Reaktion nach Absetzen der SCIT auf? Nein Ja Nicht zutreffend

2.16 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																				
3.2 Start der Reaktion	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
3.3 Ende der Reaktion	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table> <input type="checkbox"/> anhaltend	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table> <input type="checkbox"/> anhaltend	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table> <input type="checkbox"/> anhaltend	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table> <input type="checkbox"/> anhaltend	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table> <input type="checkbox"/> anhaltend	TT	MM	JJJJ
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
3.4 Dauer der Reaktion																				
3.5 Zeitspanne bis zum Auftreten (seit der letzten Applikation)																				
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?																				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte beschreiben: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt																				
3.12 Behandlung der Reaktion:																				
Arzneimittelname oder therapeutische Maßnahme	Dosis und Häufigkeit	Verabreichungsweg	Startdatum	Stopdatum	Indikation															
			<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ										
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
			<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ										
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
			<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ	<table border="1"><tr><td>TT</td><td>MM</td><td>JJJJ</td></tr></table>	TT	MM	JJJJ										
TT	MM	JJJJ																		
TT	MM	JJJJ																		
3.13 Ausgang:																				
<input type="checkbox"/> Wiederhergestellt <input type="checkbox"/> Mit Folgen wiederhergestellt <input type="checkbox"/> Besserung <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> Unbekannt																				
3.14 Beurteilung der Schweregrades:																				
<input type="checkbox"/> Nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/> Schwerwiegend, bitte Kriterium angeben:																				
<input type="checkbox"/> Dauerhafte oder signifikante Behinderung oder Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Lebensbedrohlich (*) <input type="checkbox"/> Hospitalisierung oder Verlängerung <input type="checkbox"/> Klinisch bedeutsam (**) <input type="checkbox"/> Kongenitale Anomalie oder Geburtsfehler <input type="checkbox"/> 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>SOFORTREAKTION:</p> <p><input type="checkbox"/> Mild (0-5 cm)</p> <p><input type="checkbox"/> Moderat (5-10 cm)</p> <p><input type="checkbox"/> Schwer (>10 cm)</p> <p>VERZÖGERTE REAKTION:</p> <p><input type="checkbox"/> Mild (0-10 cm)</p> <p><input type="checkbox"/> Moderat (10 – 15 cm)</p> <p><input type="checkbox"/> Schwer (>15 cm)</p>	<p>3.16 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>	<p>3.17 Andere Art der Reaktion</p> <p>Beschreibung (bitte Intensität angeben):</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 100px; width: 100%;"></div>
---	--	--

4. SPEZIELLE SITUATIONEN (mit oder ohne mögliche Nebenwirkungen)

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

6.7 Unterschrift:	6.8 Datum:	Sie können diesen Bericht per Fax (+49(0)2302 20 286 23) oder eMail (safety@leti.de) senden.																
<div style="border: 1px solid gray; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid gray; padding: 2px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> </div>									T	T	M	M	J	J	J	J	Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Telefon +49(0)2302 202 86 0
T	T	M	M	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>