

---

**Follow-upformulier voor bijzondere voorvallen  
(bijwerkingen)**

---

**Patiëntgegevens:** Leeftijd \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_ Geslacht M  V

**Blootstelling aan [merknaam]:** Startdatum \_\_\_\_\_ Stopdatum: \_\_\_\_\_

**Tijdstip tot voorval(len) [bijwerking(en)] vanaf laatste dosis:**

**Reactie(s):** (Geef een beschrijving van bevindingen, gerelateerde symptomen en klinisch verloop)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Voorgeschiedenis/geschiedenis voorafgaand aan het voorval**

Hallucinaties  nee  ja – Details: \_\_\_\_\_

Manie  nee  ja – Details: \_\_\_\_\_

Psychotische episoden/aandoeningen  nee  ja  
Details: \_\_\_\_\_

Beschrijf eventuele familiale voorgeschiedenis met psychotische aandoeningen Details: \_\_\_\_\_

Groei problemen  nee  ja – Details: \_\_\_\_\_

Anorexia  nee  ja – Details: \_\_\_\_\_

Suicidale gedachten  nee  ja - Details: \_\_\_\_\_

Beschrijf eventuele familiale voorgeschiedenis met psychotische aandoeningen Details: \_\_\_\_\_

Ernstige huidreacties  nee  ja - Details: \_\_\_\_\_

Beschrijf eventuele eerdere reacties op het verdachte (genees)middel Details: \_\_\_\_\_

Cardiovasculaire/ischemische hartaandoening  nee  ja – Details: \_\_\_\_\_

Vasculitis  nee  ja – Details: \_\_\_\_\_

Infecties (viraal, HIV, EBV, CMV, HHV-6)  nee  ja – Details: \_\_\_\_\_

Kanker  nee  ja – Details: \_\_\_\_\_

Overige relevante voorgeschiedenis  nee  ja – Beschrijf: \_\_\_\_\_

**Gelijktijdig gebruikte medicatie**

Noteer alle gelijktijdig gebruikte medicatie (waaronder ook kruidengeneesmiddelen), die ten tijde van de reactie werden ingenomen (inclusief het interval tussen de dosering en de start van de reactie, indien bekend)

---

---

**Follow-upformulier voor bijzondere voorvallen  
(bijwerkingen)**

---

---

Details: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aanvullend commentaar:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Is de patiënt naar een andere specialist verwezen?**

nee     ja – Beschrijf: \_\_\_\_\_

**Diagnostische bevindingen en laboratoriumbevindingen: Voeg a.u.b. beschikbare resultaten OF eventuele gedane aanvullende onderzoeken toe, of vat deze samen.**

Huidbiopt                       nee     ja – datum (        ) Details: \_\_\_\_\_

Routinematig hematologisch en biochemisch onderzoek

Laboratoriumgegevens	Piek (indien van toepassing)		Baseline of historisch		Normale waarde	Herstel (of huidige)	
	Waarde	Datum	Waarde	Datum		Waarde	Datum

Overig \_\_\_\_\_

**Verdere details van de bijwerking:**

Voeg informatie toe die verband houdt met de uitslagen van aanvullende tests, klinisch verloop, behandeling en resultaat van de bijwerking, waar van toepassing. Geef a.u.b. aan indien geen behandeling heeft plaatsgevonden. Geef a.u.b. ook aan welke acute behandeling van de reactie heeft plaatsgevonden, zoals reanimatie.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hartelijk dank voor het invullen!**

**STUUR DE INGEVULDE VRAGENLIJST A.U.B. PER E-MAIL NAAR:**

**drugsafety@tiofarma.nl**