

Hinweise

- Bearbeiten Sie bitte für jeden stationären Patienten, der am Stichtag **um 24:00 Uhr** anwesend war, und für jeden teilstationären Patienten, der am Stichtag anwesend war (Fachbereiche: Allgemeinpsychiatrie (AP), Psychosomatik (PSO), Sucht, Gerontopsychiatrie, Forensik, sonstige angegliederte Fachbereiche), beide Teile des **Pharmako-EpiVig-Erhebungsbogens**:

Teil 1 PharmakoEpidemiologie (Fragen 1 - 4) bezieht sich auf den jeweiligen
Stichtag: Mi., 17. April 2019 bzw.
Mi., 16. Oktober 2019.

Teil 2 PharmakoVigilanz (Fragen 5 - 12) bezieht sich auf den jeweiligen
Beobachtungszeitraum: Do., 4. April 2019, bis Mi., 17. April 2019 bzw.
Do., 3. Oktober 2019, bis Mi., 16. Oktober 2019.

- Schreiben Sie bitte gut leserlich in Druckbuchstaben!
- Bitte beachten Sie:
Bei Ankreuzmöglichkeiten mit Kästchen können jeweils mehrere Antworten markiert werden.
Bei Ankreuzmöglichkeiten mit Kreisen kann jeweils nur eine Antwort markiert werden.

**Der Erhebungsbogen ist nicht selbsterklärend.
Lesen Sie bitte die Ausfüllanleitung!**

Pharmako-EpiVig – Teil 1 PharmakoEpidemiologie

1. Patient/in

1.1 Behandlungsart	<input type="radio"/> stationär	<input type="radio"/> teilstationär				
1.2 Fachbereich	<input type="radio"/> AP	<input type="radio"/> PSO	<input type="radio"/> Sucht	<input type="radio"/> Geronto	<input type="radio"/> Forensik	<input type="radio"/> Sonstiges:
1.3 Geschlecht	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich				
1.4 Geburtsjahr:	1.5 Schwangerschaft	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:Woche			
1.6 Gewicht: kg	1.7 Größe: cm	<input type="checkbox"/> nicht erhoben	<input type="checkbox"/> nicht erhoben			

2. Diagnosen (ICD-10)

2.1 psychiatrische Diagnose(n)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hauptdiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.2 somatische Diagnose(n) (und/oder weitere psychiatr. Diagnosen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Bitte weiter mit Seite 2!

Nummer

Pharmako-EpiVig – Teil 1 PharmakoEpidemiologie

3. Medikamente am Stichtag (tatsächlich verabreicht)

Patient/in hat keine Medikation erhalten → Bitte weiter mit Frage 4!

Patient/in hat folgende Medikamente erhalten

Bitte alle verabreichten Medikamente einschließlich der tatsächlich verabreichten Bedarfsmedikation angeben!

Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis in mg	<i>Falls Angabe in mg nicht möglich, bitte Einheit ankreuzen!</i>	äußerliche Anwendung
1.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
2.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
3.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
4.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
5.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
6.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
7.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
8.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
9.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
10.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
11.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
12.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
13.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
14.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
15.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
16.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
17.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
18.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
19.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
20.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>
21.	mg	<input type="radio"/> µg <input type="radio"/> i.E. <input type="radio"/> gtt <input type="radio"/> Hübe	<input type="checkbox"/>

4. Depotspritzen, wirksam am Stichtag

keine Depotspritze wirksam → Bitte weiter mit Frage 5!

folgende Depotspritze(n) wirksam

Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis (mg)	Injektionsintervall
1.			alle Wochen / alle Tage
2.			alle Wochen / alle Tage

Bitte weiter mit Seite 3!

Pharmako-EpiVig – Teil 2 PharmakoVigilanz

Bericht über schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen (sUAW)
Beobachtungszeitraum: 04. bis 17. April 2019 bzw. 03. bis 16. Oktober 2019

5. Schwere unerwünschte Arzneimittelwirkung (sUAW)		
schwere UAW	<input type="radio"/> nein → Ende	<input type="radio"/> ja → <i>Bitte weiter mit Fragen 6 – 12!</i>

Ab hier nur auszufüllen bei aufgetretener sUAW im Beobachtungszeitraum!

6. Labor / Pathologisches EKG / Weitere relevante Untersuchungsergebnisse				
6.1 Transaminase(n) > 3 x Norm	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nicht untersucht	
6.2 GFR	<input type="radio"/> < 30	<input type="radio"/> ≥ 30 ≤ 60	<input type="radio"/> > 60	<input type="radio"/> nicht untersucht
6.3 Pathologisches EKG	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> noch kein Befund	<input type="radio"/> kein EKG
6.4 Weitere relevante Untersuchungsergebnisse:				

7. Beobachtete sUAW mit angeschuldigtem	Wirkstoff	Datum
1. <input type="checkbox"/> Psychische Störungen:		
2. <input type="checkbox"/> Psychotische Symptome / Manie:		
3. <input type="checkbox"/> Neurologische Störungen:		
4. <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Störungen:		
5. <input type="checkbox"/> Dermatologische Störungen:		
6. <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Störungen:		
7. <input type="checkbox"/> Urologische Störungen:		
8. <input type="checkbox"/> Hämatologische Störungen:		
9. <input type="checkbox"/> Allergische Organmanifestationen:		
10. <input type="checkbox"/> Subjektive Beeinträchtigungen:		
11. <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

8. Maßnahmen aufgrund aufgetretener sUAW		
<input type="radio"/> <u>keine</u> Maßnahme → <i>Bitte weiter mit Frage 9!</i>		
folgende Maßnahme(n) wurde(n) durchgeführt	Datum	Grund Nr. der sUAW aus Frage 7
1. <input type="checkbox"/> Reduktion Medikamentendosis Handelsname(n):		
2. <input type="checkbox"/> Erhöhung Medikamentendosis Handelsname(n):		
3. <input type="checkbox"/> Absetzen Medikament(e) Handelsname(n):		
4. <input type="checkbox"/> Medikamentöse Gegenmaßnahme(n) Handelsname(n): Anfangsdosis:		
5. <input type="checkbox"/> Verlegung Fachrichtung von: nach:		
6. <input type="checkbox"/> Konsil Fachrichtung:		
7. <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Bitte weiter mit Seite 4!

Nummer

Pharmako-EpiVig – Teil 2 PharmakoVigilanz

Falls sUAW im Beobachtungszeitraum, bitte Angabe der Medikation!

9. Medikamente am Tag der ersten sUAW innerhalb des Beobachtungszeitraums

Datum:				<input type="radio"/> keine Medikation		<input type="radio"/> gleiche Medikation wie am Stichtag		äußerl. Anw.
Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis in mg							
1.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
2.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
3.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
4.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
5.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
6.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
7.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
8.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
9.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
10.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
11.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
12.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	
13.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>	

10. Depotspritzen, wirksam am Tag der ersten sUAW

<input type="radio"/> keine Depotspritze wirksam			
Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis (mg)	Injektionsintervall
1.			alle Wochen / alle Tage
2.			alle Wochen / alle Tage

Falls zweite sUAW im Beobachtungszeitraum, bitte Angabe der Medikation!

11. Medikamente am Tag der zweiten sUAW innerhalb des Beobachtungszeitraums

Datum:				<input type="radio"/> keine Medikation		<input type="radio"/> wie am Stichtag		<input type="radio"/> wie bei Frage 9		äußerl. Anw.
Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis in mg									
1.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
2.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
3.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
4.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
5.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
6.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
7.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
8.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
9.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
10.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
11.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
12.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			
13.	mg	<input type="radio"/> µg	<input type="radio"/> i.E.	<input type="radio"/> gtt	<input type="radio"/> Hübe		<input type="checkbox"/>			

12. Depotspritzen, wirksam am Tag der zweiten sUAW

<input type="radio"/> keine Depotspritze wirksam			
Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis (mg)	Injektionsintervall
1.			alle Wochen / alle Tage
2.			alle Wochen / alle Tage