



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان
معاونت غذا و دارو

فرم گزارش ماهانه عوارض ناخواسته دارویی (ADR) گزارش شده

نام و نام خانوادگی بیمار	نام و نام خانوادگی گزارشگر	نام دارو یا داروهای مشکوک به ایجاد عارضه، شکل و قدرت دارویی داروها	عوارض مشاهده شده	تاریخ گزارش عارضه

اینجانب به عنوان مسئول امور ADR مرکز درمانی تایید می‌نمایم که این مرکز مجموعاً
تعداد گزارش ADR ذکر شده در ماه از سال مندرج در جدول فوق را به مرکز ADR کشوری ارسال نموده است.

امضاء مسئول امور ADR مرکز درمانی و تاریخ:

توجه: تصویر فرم حاضر را صرفاً از طریق سامانه اتوماسیون اداری به معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کردستان ارسال نموده و اصل فرم را بایگانی نمایید.