

وكيل الصحة وزير الصحة

مادة خامسة : يتلج هذا القرار من يلزم لتنفذه .

مادة رابعة : يلجى القرار الاداري رقم (٨٤٨) لسنة ١٩٩٥ .

هذا القرار .

مادة ثالثة : على السادة مدراء المناطق الصحية ومدراء المستشفيات متبعة تنفيذ

النموذج الملحق في المادة الاولى من هذا القرار .

على استمعال الدواء او المستحضرات الطبية على النموذج الطبي عند استمعال

مادة ثالثة : على جميع الاطباء المتبرمجين اداء القرابة الادارية والدوائية بالالتزام بالاجتابة

القرار .

مادة اولة : يعتمد نموذج الاجتابة الاجتابة للدواء عند استمعاله - القرار في هذا

- قرار -

مادة ثالثة : يتلجى هذا القرار من يلزم لتنفذه .

مادة رابعة : يلجى القرار الاداري رقم (٨٤٨) لسنة ١٩٩٥ .

مادة خامسة : يتلجى هذا القرار من يلزم لتنفذه .

مادة رابعة : يلجى القرار الاداري رقم (٨٤٨) لسنة ١٩٩٥ .

قرار اداري رقم (١٩) لسنة ٢٠٠٣

التاريخ : ١٦ / ١ / ٢٠٠٣ م

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
Drug & Food Control



دولة الكويت
وزارة الصحة
الرقابة الدوائية والغذائية

Pharmaceutical & Herbal Medicines
Registration & Control Admn.

ادارة تسجيل ومراقبة
الادوية الطبية والتبائية

..... : الرقم
..... : التاريخ

SUSPECTED ADVERSE DRUG REACTION FORM

COMPLETE THIS FORM IF AN ADVERSE DRUG REACTION IS SUSPECTED TO BE RELATED TO A DRUG OR A
COMBINATION OF DRUGS.

PATIENT DETAILS:

PATIENT INITIALS:-----

GENDER: MALE ☐ FEMALE ☐

WEIGHT IF KNOWN (kg):-----

AGE(AT TIME OF REACTION):-----

REPORTER DETAILS:

NAME AND PROFESSIONAL ADDRESS:-----

POSTCODE:-----

TEL No.:-----

SPECIALTY:

☐ PHYSICIAN

☐ DENTIST

☐ PHARMACIST

☐ NURSE

☐ OTHER

SPECIFY:-----

SUSPECTED DRUG(S):

BRAND NAME:-----

GENERIC NAME:-----

BATCH NO. (IF KNOWN):-----

MFG DATE:----- EXP. DATE:-----

DATE OF REPORTED REACTION:-----

ROUTE OF ADMINISTRATION:-----

ADMINISTERED DOSE:-----

DATE STARTED:-----

DATE STOPPED:-----

PRESCRIBED FOR:-----

SUSPECTED REACTION(S):

DESCRIBE THE REACTION(S) AND ANY TREATMENT GIVEN:-----

OUTCOME: ☐ RECOVERED ☐ RECOVERING ☐ CONTINUING ☐ OTHER

DATE REACTION STARTED:----- DATE REACTION STOPPED:-----

IS THE REACTION CONSIDERED TO BE SERIOUS? ☐ YES ☐ NO

IF YES, SPECIFY THE REASON:

- ☐ DEATH DUE TO REACTION
- ☐ LIFE THREATENING
- ☐ CONGENITAL ABNORMALITY
- ☐ INVOLVED & PROLONGED PATIENT HOSPITALIZATION
- ☐ INVOLVED & PERSISTENT OR SIGNIFICANT DISABILITY

OTHER DRUGS TAKEN BY THE PATIENT IN THE LAST 3 MONTHS PRIOR TO THE REACTION (INCLUDING SELF MEDICATION AND HERBAL REMEDIES):

DRUG BRAND NAME (IF KNOWN):-----
GENERIC NAME:-----
DOSAGE:-----
DATE STARTED:-----
DATE STOPPED:-----
PRESCRIBED FOR:-----

DRUG BRAND NAME (IF KNOWN):-----
GENERIC NAME:-----
DOSAGE:-----
DATE STARTED:-----
DATE STOPPED:-----
PRESCRIBED FOR:-----

DRUG BRAND NAME (IF KNOWN):-----
GENERIC NAME:-----
DOSAGE:-----
DATE STARTED:-----
DATE STOPPED:-----
PRESCRIBED FOR:-----

DRUG BRAND NAME (IF KNOWN):-----
GENERIC NAME:-----
DOSAGE:-----
DATE STARTED:-----
DATE STOPPED:-----
PRESCRIBED FOR:-----

LOCATION OF THE OBSERVED REACTION:

- ☐ GI SYSTEM
- ☐ CVS
- ☐ CNS
- ☐ RESPIRATORY SYSTEM
- ☐ ENDOCRINE
- ☐ OPHTHALMIC
- ☐ SKIN
- ☐ HEPATIC
- ☐ MUSCULOSKELETAL
- ☐ GENITO-URINARY
- ☐ OTHER SPECIFY:-----

ADDITIONAL RELEVANT INFORMATION (E.G. MEDICAL HISTORY, TEST RESULTS, KNOWN ALLERGIES, SUSPECTED DRUG INTERACTIONS)

FOR CONGENITAL ABNORMALITIES, ALL OTHER DRUGS TAKEN DURING PREGNANCY AND THE DATE OF THE LAST MENSTRUAL PERIOD MUST BE STATED:

GENERAL COMMENTS:-----

SEND TO:
STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
DRUG AND FOOD CONTROL
PHARMACEUTICAL & HERBAL MEDICINES
REGISTRATION & CONTROL ADMINISTRATION

P.O.Box 4575
ALSAPAT,
POSTCODE 13046
TEL: (+965) 4811507
FAX: (+965) 4837245