

除外

No.14の症例

平成 19. 4. 3

医薬品安全性情報報告書

健康食品等の使用によると疑われる健康被害の報告については、この様式を用いず、最寄りの保健所へご連絡下さい。

☆記入前に裏面の「報告に際してのご注意」を参照してください。

医療用医薬品
一般用医薬品
化粧品・部外品

患者イニシャル N.M	性別 男・女	副作用等発現年齢 12 歳	身長 cm	体重 kg	妊娠 無・有(妊娠週)・不明
原疾患・合併症 1. インフルエンザ (B型) 2. 急性鼻咽頭炎	既往歴 1. アトピー性皮膚炎 2.	過去の副作用歴 (無・有・不明) 医薬品名: 副作用名:		その他特記すべき事項 <input type="checkbox"/> 飲酒 () <input type="checkbox"/> 喫煙 () <input checked="" type="checkbox"/> アレルギーアトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 ()	

副作用等の症状・異常所見
1. 異常行動 (発現日: 19年3月9日)
2. (発現日: 年 月 日)

副作用等の転帰 (転帰日 19年3月9日) <input checked="" type="checkbox"/> 回復 軽快 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 後遺症有り (症状) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 胎児について <input type="checkbox"/> 胎児に影響あり <input type="checkbox"/> 胎児死亡	副作用等の重篤度について <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡又は障害につながるおそれ <input type="checkbox"/> 治療のために入院または入院期間の延長 <input type="checkbox"/> 上記に準じて重篤である <input type="checkbox"/> 後世代における先天性の疾病又は異常 <input type="checkbox"/> その他
---	--

被疑薬 (商品名でも可) 最も関係が疑われる被疑薬に○	製造販売業者 の名称	投与経路	一日投与量 (1回量×回数)	投与期間 (開始日～終了日)	使用理由
				~ ~ ~ ~	

その他使用医薬品 (商品名でも可) ①オウリス錠200mg×21分2 ②トランサミン300mg 1分3
③ムコスタイン370mg 1分3 ④ヒアフェルニルR 470mg 1分2
⑤カロナール(200) 1回170mg 複数

副作用等の発生及び処置等の経過 3月9日 Am 1:00 トイレに起きたか別の方向へゆく。3分
19年3月9日 突(3F)を開けて出ると16歳の家人が押えた。3分後
別の窓を開け再び出ると16歳の家人が取り押さ
事無きを得た。本人曰、「3分の時の記憶は有り。押し返す
つもりは無い。3分後飛行機が降りたと思」と述べた。

影響を及ぼすと考えられる上記以外の処置・診断: (無・有)
有りの場合 放射線療法 輸血 手術 麻酔 その他 ()

再投与: 無・有 有りの場合一再発: 無・有

報告日: 平成19年3月2日 (受領書を送るのに必要ですので住所をご記入ください。)
報告者 氏名: [REDACTED] 施設名: [REDACTED]
(職程: 医師) 住所: [REDACTED]
電話: [REDACTED] FAX: [REDACTED]

○報告者が処方医以外の場合 → 処方医との情報共有: 有・無
○最も関連の疑われる被疑薬の製造販売業者への情報提供: 有・無