



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE İLAÇ VE
TIBBİ CİHAZ KURUMU

COVID-19 Tedavisine Yönelik Advers Reaksiyon Bildirim Formu

Bu raporu e-posta ile tufam@titck.gov.tr adresine veya
0312 218 35 99 no'lu faksa gönderiniz.



Hasta Adı ve Soyadının Baş Harfleri	Doğum Tarihi / Yaşı		Cinsiyeti	
			<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın
Şüpheli İlacın Adı (İşaretleyiniz)	Doz	İlaça Başlama Tarihi (gün/ay/yıl)	İlacın Bitiş Tarihi (gün/ay/yıl)	
<input type="checkbox"/> Oseltamivir				
<input type="checkbox"/> Hidroksiklorokin				
<input type="checkbox"/> Azitromisin				
<input type="checkbox"/> Favipravir				
<input type="checkbox"/> Lopinavir / Ritonavir				
<input type="checkbox"/> Tosilizumab				
Eş Zamanlı Kullanılan Diğer İlaçlar	Veriliş Yolu	Doz	İlaça Başlama Tarihi (gün/ay/yıl)	İlacın Bitiş Tarihi (gün/ay/yıl)
Advers Reaksiyon	Başladığı Tarih (gün/ay/yıl)	Bittiği Tarih (gün/ay/yıl)	Advers Reaksiyonun Sonucu	
İlgili Tıbbi Öykü / Eş Zamanlı Hastalıklar				
<input type="checkbox"/> Alerji	<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Böbrek Hastalığı	<input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalığı	<input type="checkbox"/> Akciğer Hastalığı
<input type="checkbox"/> Gebelik	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı	<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz)	
Hastalık Detayı:				
Advers Reaksiyonun Tedavisi				
Yorum ve Diğer Gözlemler				
Bildiren Kişiyi Ait Bilgiler				
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca elektronik olarak imzalanmıştır. Doküman https://www.turkiye.gov.tr/saglik-titck-ebys adresinden kontrol edilebilir. Güvenli elektronik imza aslı ile aynıdır. Doküman Bildirim Numarası : 1S3k0RG83ZW56YnUyZ1AxZmxXQ3NR				
Adresi:		Mobil Tel:		
		E-Posta Adresi:		