



شركة هكسا بلاس للتوريدات الطبية

A Company of Ethmar Group

The Drug Safety Form

نموذج سلامة الدواء

Patient Information

معلومات المريض

Patient Name:

اسم المريض:

Age:

العمر:

Gender:

أنثى
Female

ذكر
Male

الجنس:

Phone:

الهاتف:

Suspected Drug Information

معلومات الدواء المشتبه به

Product Name:

اسم المنتج:

Daily Dosage:

الجرعة اليومية:

Adverse Reaction Information

معلومات عن الاعراض الجانبية

(A Description Of The Adverse Reaction It Self, Such As The Signs And Symptoms Experienced, Start Date, End Date And The Result Of The Reaction)

(وصف لرد الاعراض الجانبية، مثل العلامات والأعراض التي ظهرت وتاريخ البدء وتاريخ الانتهاء ونتيجة التفاعل)

Report:

التقرير:

Report Information

معلومات المقرر

Patient:

المريض:

Physician:

الطبيب المعالج:

Pharmacy:

الصيدلاني:

Others:

اخرى:

Name:

الاسم:

Telephone/Mobile:

الهاتف/ المحمول:

Email:

البريد الإلكتروني: