



## Sykehistorie

(Kan sendes som en kopi av medisinsk journal hvis oppdatert)

Nyere eller tidligere relevant sykehistorie (inkl. sammenfallende sykdom, allergi, røyking, alkoholmisbruk)  Ja  Nei

Hvis Ja, vennligst spesifiser:

.....  
.....

## Mistenkt legemiddel

Legemiddel, doseringsform, styrke, vei (f.eks. tab 5 mg, oral)	Dose og hyppighet	Batch-nr.	Behandling Startdato dd.mm.åå	Behandling Stoppdato dd.mm.åå	Kausalt forhold 1 = Ikke relatert 2 = Relatert	Indikasjon for bruk av legemiddel

## Andre medikamenter

(Medikament tatt i de siste 3 månedene før hendelsen) (Kan sendes som en kopi av medisinsk journal hvis oppdatert).

Legemiddel, doseringsform, styrke, vei (f.eks. tab 5 mg, oral)	Dose og hyppighet	Behandling Startdato dd.mm.åå	Behandling Stoppdato dd.mm.åå	Kausalt forhold 1 = Ikke relatert 2 = Relatert	Indikasjon for bruk av legemiddel

## Tiltak satt i verk, mistenkt legemiddel

- Fortsatt uendret  
 Fortsatt, dose eller doseregime endret, spesifiser: .....  
 Avsluttet  
 Gjelder ikke

## Varsling

- Innledende rapport  
 Sluttrapport  
 Oppfølgingsrapport
- .....  
Navn og tittel Underskrift

### Dette skjemaet skal returneres til:

Celgene AB  
Nordic Drug Safety  
Kista Science Tower  
164 51 Kista, Sverige

Telefon: +46 8 703 16 00  
Fax: +46 8 703 16 03  
E-post: [drugsafety-nordic@celgene.com](mailto:drugsafety-nordic@celgene.com)