

## Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Zusammenhang mit Methadon/Levomethadon

Arzneimittelinformation Palliativmedizin  
 Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin  
 Marchioninstr. 15, 81377 München  
 Fax: +49 89 4400-77921  
 Mail: info@arzneimittel-palliativ.de  
 Tel. +49 89 4400-74922  
 www.arzneimittel-palliativ.de

**Per E-Mail**

**Drucken**

<b>Beobachtete unerwünschte Wirkung</b> (ggf. weitere Seite verwenden)				
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
Aufgetreten am: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.			Dauer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
<b>Arzneimittel</b> (alle während der Levomethadon-/Methadoneinnahme)				
<b>Genauere Bezeichnung/ Darreichungsform</b>	<b>Dosierung</b> (bitte Einheit und Applikationsweg angeben)	<b>Dauer der Anwendung</b> (von – bis)		<b>Indikation</b>
<b>1</b> <input type="checkbox"/> <b>Methadon</b>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>2</b> <input type="checkbox"/> <b>Levomethadon</b>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>3</b> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>4</b> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>5</b> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>6</b> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>7</b> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>8</b> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Weitere Arzneimittel: ggf. weitere Seite verwenden!				
<b>Patient/-in</b>				
Geburtsjahr: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				
Gewicht: kg Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Größe: cm: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				

<p><b>Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten</b> (z.B. Allergien, Rauchen, Alkohol, ggf. ICD-Codierung) 1. Krankheiten (ggf. ICD-Code...)  2. anamnestische Besonderheiten (z. B.) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p>	<p><b>Folgen der vermuteten UAW</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tod  <input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung  <input type="checkbox"/> noch nicht erholt  <input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt  <input type="checkbox"/> unbekannt  <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt durch Ereignis notwendig  <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt durch Ereignis verlängert  <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><b>Schwere der vermuteten UAW</b></p> <p><input type="checkbox"/> leicht-mäßig  <input type="checkbox"/> medizinisch schwerwiegend  <input type="checkbox"/> lebensbedrohend</p> <p><b>Therapiebeendigung von Arzneimittel</b> (bitte Angabe der jeweiligen Nummer auf der ersten Seite dieses Formulars)</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein Nr.</p>
<p><b>Relevante Untersuchungsergebnisse</b> <u>Zum Zeitpunkt des Ereignisses:</u> <b>Nierenfunktion</b></p> <p>1. GFR oder Kreatinin-Clearance  2. Harnstoff Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p><b>Leberfunktion</b></p> <p>1. Cholinesterase und Albumin</p> <p><u>Letzte verfügbare Werte vor Ereignis:</u> Datum:</p> <p><b>Nierenfunktion</b> (<i>GFR/Krea-Clearance, Harnstoff</i>) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p><b>Leberfunktion</b> (<i>Cholinesterase, Albumin</i>) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p>	<p><b>Besserung nach Therapiebeendigung</b> (bitte Angabe der jeweiligen Nummer auf der ersten Seite dieses Formulars)</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich Nr.</p> <p><b>Verbesserung nach erneuter Gabe</b> (bitte Angabe der jeweiligen Nummer auf der ersten Seite dieses Formulars)</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> keine Beurteilung möglich Nr.</p>
<p><b>Maßnahmen/Therapie</b> (bitte ggf. weitere Seite nutzen) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p>	
<p><i>Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. (siehe erste Seite dieses Formulars)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Methadon                                    <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 <input type="checkbox"/>8 <input type="checkbox"/>9 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>11 <input type="checkbox"/>12</p> <p><input type="checkbox"/> Levomethadon</p>	
<p><b>Angaben zu Ihrer Einrichtung</b> Alle Angaben werden anonymisiert! die Angabe der E-Mail-Adresse wird nur für Rückfragen bei Unklarheiten verwendet und nach Sichtung der Meldung ebenfalls gelöscht. Die Meldung kann alternativ per Fax oder Post erfolgen <b>Fachrichtung:</b> <b>E-Mail (für Rückfragen):</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Palliativstation    <input type="checkbox"/> SAPV Team    <input type="checkbox"/> Hospiz  <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!