



ADR Reporting Form – Iraq نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية



بيانات المريض:	Patient Information / بيانات المريض
اسم المريض:	Patient's Name:
العمر:	Age:
الجنس:	Gender:
رقم الشف الطبي (إن وجد):	Patient ID (if available):

بيانات الدواء المشبه به:	Suspected Drug Information / بيانات الدواء به
اسم الدواء علوي وتجاري:	Drug Name (Generic & Brand):
الجرعة ولربنة الإعطاء:	Dose & Route:
تاريخ بدء الاستخدام:	Start Date of Use:

تفاصيل الأعراض الجانبية:	Adverse Reaction Details / الأعراض الجانبية
وصف المرض الجانبي:	Description of Reaction:
تاريخ بداية الأعراض:	Onset Date:
النتيجة:	Outcome:

معلومات المبلغ:	Reporter Information / معلومات المبلغ
اسم المبلغ:	Reporter's Name:
معلومات الاتصال:	Contact Information:
التوقيع والتاريخ:	Signature & Date:

للتبليغ. عن: **adverse drug reaction**, please fill out this form and submit online:

<https://primaryreporting.who-umc.org/IQ>