

Rapporten skickas  
utskrivnen per post till: Läkemedelsverket  
Enheten för läkemedelssäkerhet  
Box 26  
751 03 Uppsala

# Konsumentrapport

## om misstänkt biverkning av läkemedel och/eller naturläkemedel

Datum för rapportering (ÅÅÅÅMMDD):	
<b>Om personen som fyller i rapporten</b>	
1. Namn	2. Får Läkemedelsverket kontakta dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Telefon inkl. riktnummer	4. E-postadress
<b>Om personen som upplevde biverkningen</b>	
5. Vem upplevde biverkningen? <input type="checkbox"/> Jag <input type="checkbox"/> Mitt barn <input type="checkbox"/> Någon annan:	6. Kön* <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
	7. Födelsedatum (ÅÅÅÅ*-MM-DD)
	8. Vikt i kg
	9. Längd i cm
<b>Biverkning</b>	
10. Beskriv biverkningens symtom* (ett symtom per rad)	11. Biverkningen började (ÅÅÅÅ-MM-DD)
12. Beskriv biverkningen med egna ord*	
13. Hur länge användes läkemedlet innan biverkningen uppstod?	14. Har biverkningen behandlats? <input type="checkbox"/> Ja, behandlats med: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
15. Har biverkningen försvunnit? <input type="checkbox"/> Ja, helt <input type="checkbox"/> Ja, återställd men har kvarstående men <input type="checkbox"/> Nej, men mindre besvär än i början <input type="checkbox"/> Nej, ingen skillnad <input type="checkbox"/> Vet ej	16. Biverkningen har inverkat på vardagen på följande sätt <input type="checkbox"/> Lite eller inte alls <input type="checkbox"/> Försvårat vardagliga sysslor <input type="checkbox"/> Omöjliggjort vardagliga sysslor <input type="checkbox"/> Vet ej
17. Biverkningen har lett till följande situationer <input type="checkbox"/> Sjukhusvistelse <input type="checkbox"/> Sjukskrivning <input type="checkbox"/> Missbildning <input type="checkbox"/> Förlängd sjukhusvistelse <input type="checkbox"/> Livshotande reaktion <input type="checkbox"/> Dödsfall <input type="checkbox"/> Intensivvård <input type="checkbox"/> Handikapp <input type="checkbox"/> Inget av ovanstående	
18. Finns det andra sjukdomar än för den som läkemedlet användes till?	19. Andra möjliga orsaker till biverkningen

Misstänkt läkemedel - Läkemedel 1		
20. Läkemedlets namn*	21. Läkemedelsform och styrka	22. Orsak till behandling
23. Dosering	24. Startdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	25. Slutdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
26. Ändrades läkemedelsbehandlingen när biverkningen uppstod? <input type="checkbox"/> Ja, slutade ta läkemedlet <input type="checkbox"/> Ja, minskade dosen av läkemedlet <input type="checkbox"/> Ja, ökade dosen av läkemedlet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej		27. Vad hände när behandlingen ändrades? <input type="checkbox"/> Biverkningen försvann <input type="checkbox"/> Biverkningen minskade <input type="checkbox"/> Biverkningen finns kvar <input type="checkbox"/> Vet ej
28. Om läkemedlet använts igen, kom besvären tillbaka? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Har inte provat igen		29. Varifrån kom läkemedlet? <input type="checkbox"/> Apotek (utan recept) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av läkare) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av tandläkare) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av sjuksköterska) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av barnmorska) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av tandhygienist) <input type="checkbox"/> Hälsokostbutik <input type="checkbox"/> Annan butik <input type="checkbox"/> Internetköp <input type="checkbox"/> Utlandsköp <input type="checkbox"/> Vet ej
Misstänkt läkemedel - Läkemedel 2		
20. Läkemedlets namn*	21. Läkemedelsform och styrka	22. Orsak till behandling
23. Dosering	24. Startdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	25. Slutdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
26. Ändrades läkemedelsbehandlingen när biverkningen uppstod? <input type="checkbox"/> Ja, slutade ta läkemedlet <input type="checkbox"/> Ja, minskade dosen av läkemedlet <input type="checkbox"/> Ja, ökade dosen av läkemedlet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej		27. Vad hände när behandlingen ändrades? <input type="checkbox"/> Biverkningen försvann <input type="checkbox"/> Biverkningen minskade <input type="checkbox"/> Biverkningen finns kvar <input type="checkbox"/> Vet ej
28. Om läkemedlet använts igen, kom besvären tillbaka? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Har inte provat igen		29. Varifrån kom läkemedlet? <input type="checkbox"/> Apotek (utan recept) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av läkare) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av tandläkare) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av sjuksköterska) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av barnmorska) <input type="checkbox"/> Apotek (recept utskrivet av tandhygienist) <input type="checkbox"/> Hälsokostbutik <input type="checkbox"/> Annan butik <input type="checkbox"/> Internetköp <input type="checkbox"/> Utlandsköp <input type="checkbox"/> Vet ej

Andra läkemedel: Lista eller beskriv vilka andra läkemedel, naturläkemedel eller kosttillskott som använts.			
30. Läkemedlets namn	31. Orsak till behandling	32. Startdatum	33. Slutdatum
34. Övrigt om andra läkemedel			

Övriga frågor	
35. Ytterligare information	36. Har du meddelat någon inom hälso- och sjukvården om biverkningen? <input type="checkbox"/> Ja, yrkeskategori: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

Information om behandling av personuppgifter enligt personuppgiftslagen (1998:204)
<p>De personuppgifter som lämnas i rapporten kommer att behandlas av Läkemedelsverket för statistik och forskning samt i syfte att samla in, registrera, lagra och vetenskapligt utvärdera uppgifter om biverkningar av läkemedel. Uppgifterna kommer att sparas utan tidsbegränsning. De uppgifter du lämnar om ditt hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100). Du kan, enligt 26 § i personuppgiftslagen, få information om vilka personuppgifter om dig som Läkemedelsverket behandlar genom att skriftligt lämna in en av dig undertecknad begäran härom till Läkemedelsverket, Box 26, 751 03 Uppsala. Du har också rätt att enligt 28 § i personuppgiftslagen begära rättelse i fråga om personuppgifter som Läkemedelsverket behandlar om dig.</p>

## Anvisningar för att fylla i blanketten

Var vänlig och fyll i så mycket av formuläret som möjligt. Det gör ingenting om du inte kan fylla i alla fält, men frågorna markerade med en asterisk (\*) är **obligatoriska**, dvs. de måste du fylla i för att vi ska kunna använda din anmälan: Födelseår, kön, biverkning och det misstänkta läkemedlets namn.

Med "läkemedel" menas i blanketten både läkemedel och naturläkemedel.

Viktigt är att du tar del av texten "Information om behandling av personuppgifter enligt personuppgiftslagen (1998:204)" på sidan 2 i blanketten.

När du fyllt i blanketten kan du skicka den utskrivna i frankerat kuvert till

**Läkemedelsverket**  
**Enheten för läkemedelssäkerhet**  
**Box 26**  
**751 03 Uppsala**

Tack för din medverkan!

LÄKEMEDELSVERKET