



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE İLAÇ VE  
TIBBİ CİHAZ KURUMU

## COVID-19 Tedavisine Yönelik Advers Reaksiyon Bildirim Formu

Bu raporu e-posta ile [tufam@titck.gov.tr](mailto:tufam@titck.gov.tr) adresine veya  
0312 218 35 99 no'lu faksa gönderiniz.



Hasta Adı ve Soyadının Baş Harfleri	Doğum Tarihi / Yaşı		Cinsiyeti	
			<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın
Şüpheli İlacın Adı (İşaretleyiniz)	Doz	İlacın Başlama Tarihi (gün/ay/yıl)	İlacın Bitiş Tarihi (gün/ay/yıl)	
<input type="checkbox"/> Oseltamivir				
<input type="checkbox"/> Hidroksiklorokin				
<input type="checkbox"/> Azitromisin				
<input type="checkbox"/> Favipravir				
<input type="checkbox"/> Lopinavir / Ritonavir				
<input type="checkbox"/> Tosilizumab				
Eş Zamanlı Kullanılan Diğer İlaçlar	Veriliş Yolu	Doz	İlacın Başlama Tarihi (gün/ay/yıl)	İlacın Bitiş Tarihi (gün/ay/yıl)
Advers Reaksiyon	Başladığı Tarih (gün/ay/yıl)	Bittiği Tarih (gün/ay/yıl)	Advers Reaksiyonun Sonucu	
İlgili Tıbbi Öykü / Eş Zamanlı Hastalıklar				
<input type="checkbox"/> Alerji	<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Böbrek Hastalığı	<input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalığı	<input type="checkbox"/> Akciğer Hastalığı
<input type="checkbox"/> Gebelik	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı	<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz)	
Hastalık Detayı:				
Advers Reaksiyonun Tedavisi				
Yorum ve Diğer Gözlemler				
Bildiren Kişiye Ait Bilgiler				
Adı Soyadı / Mesleği:		Bildirim Tarihi:		
Adresi:		Mobil Tel:		
		E-Posta Adresi:		