



<p align="center"><b>3.1 Frühere Untersuchung(en) mit Kontrastmittel?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja ⇒ falls ja, bitte angeben:</p> <p>Früher verwendete(s) Kontrastmittel:</p> <p>Art der Untersuchung(en):</p> <p>Frühere Reaktion auf Kontrastmittel?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte frühere Reaktion beschreiben:</p>	<p><b>Schwangerschaft:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ ____.</p> <p>Woche</p> <p>Datum der letzten Menstruation: _____</p>
---	--

**Aktuell durchgeführte Untersuchung**

<b>Art der Untersuchung</b> (z. B. MRT oder CT):	<b>Datum:</b>
Indikation (Grund der Untersuchung):	


**Medikation, die vermutlich die aufgetretene(n) Nebenwirkung(en) verursacht hat**  
(z. B. Kontrastmittel oder Prämedikation):

Nr.	Name des Arzneimittels	Anwendungsart (z.B.: i.v.)	Dosis	Datum/Uhrzeit/Dauer der Verabreichung	Chargen-Nr.
1					
2					
3					

**Begleitmedikation (Behandlung der Nebenwirkungen bitte auf Seite 2 eintragen)**

Nr.	Name des Arzneimittels	Anwendungsart	Dosis	Startdatum	Enddatum	Indikation
4						
5						
6						



	Attachment to SOP 007	Version	02
	ICSR Form Guerbet Ges.m.b.H.	effective	01.12.2024

**Andere mögliche Ursachen und Untersuchungsbefunde:**

*(Laborparameter, weitere Untersuchungen, usw. bitte angeben und ggf. Befunde, Entlassungs- oder Autopsiebericht beifügen)*

**Kommentare:**

**Wurde der Fall bereits an eine andere Stelle gemeldet?**

nein       BASG / AGES

andere Stelle: \_\_\_\_\_

**Nur auszufüllen, wenn die Behandlung abgebrochen wurde oder eine Re-Exposition stattfand:**

**Wurde die Applikation der verdächtigen Medikation vorzeitig abgebrochen?**

nein    nicht bekannt    ja, die Applikation des Kontrast-/Arzneimittels Nr. \_\_\_\_ wurde vorzeitig abgebrochen

**Fand eine Re-Exposition statt?**

**Wenn ja, trat die Reaktion wieder auf?**

nein    nicht bekannt    ja mit Arzneimittel Nr. \_\_\_\_    nein    nicht bekannt    ja mit Arzneimittel Nr. \_\_\_\_