



### د- بيانات عن الحادث:

- من فضلك صف الأثر العكسي الذي ظهر: .....
- تاريخ بدء الأثر: .....
- هل انت اول من لاحظ الحدث ؟  نعم  لا
- هل الأعراض ظهرت مرة أخرى بعد اعادة استخدام المستحضرة اخرى:  نعم  لا
- مدى خطورته:  تطلب تدخل طبي او جراحي لمنع حدوث اعاقه او ضرر  تسبب في دخول الشخص المستشفى  مهدد للحياة  تسبب في الوفاة  تسبب في اعاقه دائمة
- عيوب خلقية  أخرى (حدد): .....
- هل تم ابلاغ الحادث الى الشركة مالكة المستحضر ؟  نعم  لا  لا اعرف

### هـ - بيانات عن مقدم التقرير:

- الذي قام باستيفاء التقرير:  الشخص المصاب  الطبيب  الصيدلي  أخرى (حدد) .....
- التمرير
- الاسم: .....
- التخصص (الطبيب): .....
- العنوان: .....
- البريد الإلكتروني: .....
- التليفون/محمول: .....
- التاريخ: .....
- التوقيع: .....

### و- تعليقات أخرى:

- \* يتم التعامل مع المعلومات الواردة في التقرير بسرية تامة وهي محمية بشكل كامل بما في ذلك هوية المريض ومعد التقرير.
- \* تستطيع إرسال التقرير الي إدارة يقظة المبيدات الحشرية والمطهرات بشكل تطوعي.
- \* إن الإبلاغ عن الآثار العكسية أمر هام وحيوي للتحقق من الاستخدام الآمن والفعال للمطهرات . كما أن المعلومات الكافية المقدمة من قبل المصابين تمكن المركز من تقدير مأمونية وفعالية المطهرات المتداولة في بلادنا.

### المركز الرئيسي:

إدارة يقظة المبيدات الحشرية والمطهرات - مركز اليقظة الصيدلية المصري- الإدارة المركزية للشئون الصيدلية  
21 ش عبد العزيز آل سعود - منيل الروضة القاهرة - مصر الرقم البريدي: 11451  
هاتف: +202-23684288 +202-23640368 داخل: 1303 فاكس: +202-23684194 +202-23610497  
الموقع الإلكتروني: [www.epvc.gov.eg](http://www.epvc.gov.eg) البريد الإلكتروني: [biocides.epvc@eda.mohealth.gov.eg](mailto:biocides.epvc@eda.mohealth.gov.eg)

- ◀ مركز الإسكندرية الفرعي: مركز سان استيفانو لصحة الأسرة - 2ش الكازينو - عمارة الأوقاف - سان ستيفانو - الإسكندرية  
هاتف-فاكس: +2 03-5845004 البريد الإلكتروني: [alex.epvc@eda.mohealth.gov.eg](mailto:alex.epvc@eda.mohealth.gov.eg)
- ◀ مركز القاهرة الفرعي: مستشفى الأزهر التخصصي الجديد - الحى السادس - مدينة نصر - القاهرة  
هاتف: +2 01014300013 البريد الإلكتروني: [cairo.epvc@eda.mohealth.gov.eg](mailto:cairo.epvc@eda.mohealth.gov.eg)
- ◀ مركز سوهاج الفرعي: مديرية الشئون الصحية - المبنى القديم الدور الثاني- بجوار مديرية الأمن -مدينة ناصر - سوهاج  
هاتف: +2 01126540893 - +2 01063081606 البريد الإلكتروني: [sohag.epvc@eda.mohealth.gov.eg](mailto:sohag.epvc@eda.mohealth.gov.eg)

## نموذج الإبلاغ عن الآثار العكسية للمطهرات

- \* في حالة وجود أية حوادث عند استعمالك للمطهرات سواء كانت للإستخدام المنزلي او في المستشفيات فعليك إستيفاء هذا التقرير وإرساله إلى العنوان المبين في أسفل هذا النموذج.
- \* من فضلك سجل جميع الآثار العكسية سواء كانت عادية أو خطيرة.

### أ- بيانات المريض:

- الإسم /الحروف الأولى(اختياري): .....
- النوع:  ذكر  انثى
- الوزن: .....
- العمر: .....
- كجم

### ب-المستحضر المشتبه به:

- اسم المستحضر: .....
- نوع المستحضر:  مطهر للإستخدام الشخصي  مطهر للإستخدام بالمستشفيات
- هل المستحضر فعال كمطهر؟  نعم  لا
- المادة الفعالة: .....
- معدل الإستخدام: .....
- الإستخدام:  مطهر للإستخدام الشخصي  مطهر للأجهزة الطبية  مطهر للإستخدام على الأسطح
- مطهر للإستخدامات البيطرية  أخرى (حدد) .....
- نوع المستحضر:  سائل  مناديل مبللة  رش  جيل  شامبو  أخرى (حدد) .....
- تركيز المادة الفعالة: .....
- الحد الأدنى للنقاء: .....
- التخفيف: .....
- مكان الحادث:  المنزل  المستشفى  المعمل  أماكن أخرى (وضح): .....
- نوع التسجيل:  تصنيع لدى الغير  محلي  مستورد  بترخيص من شركة .....
- طريقة الإستخدام:  الرش  دهان  نقع  أخرى (حدد) .....

### ج- نوع الحادث:

1. في حالة الإستخدام الشخصي:
  - ماهو مكان الإصابة؟  العين  الجهاز التنفسي (بالإنستشاق)  الجلد  أخرى (حدد) .....
  - صف الحادث: .....
2. في حالة الأسطح:
  - ما الذى تعرض للحادثة؟  الأرضيات  الأسطح المعملية  أماكن أخرى (وضح): .....
  - ما الذى حدث للسطح؟  ظهور بقع  إزالة اللون  بياض بالأسطح  أخرى (حدد) .....
  - صف الحادث: .....
3. في حالة المستحضرات البيطرية:
  - من شاهد هذه الحادثة؟  مالك الحيوان  طبيب بيطرى  شاهد  أخرى (حدد) .....
  - صف الأعراض: .....
  - نوع وعدد الحيوانات المصابة: .....
  - صف الحادث: .....
4. في حالة المستلزمات الطبية:
  - صف نوع الجهاز: .....
  - صف نوع التفاعل الحادث:  تآكل  بياض بالأسطح  ظهور بقع  تفاعل اخر(حدد) .....