

Hlášení podezření na nežádoucí reakci léku pro zdravotnického pracovníka

Důvěrné

1. Informace o pacientovi

Iniciály pacienta:* Pohlaví: muž žena Věk:* : :
den měsíc rok
Datum narození: : : Váha: kg Výška: cm
Anamnéza: NÚL na léky Jaké? alergie kouření těhotenství alkohol, drogy

2. Informace o nežádoucích účincích

Datum výskytu nežádoucích účinků:* : : : : :
den měsíc rok
Vznikla reakce u hospitalizovaného pacienta? ano ne Byla nežádoucí reakce závažná? ano ne

Vyznačte všechny body uvedené reakce:

Pacient zemřel : : : : : Příčina úmrtí:
den měsíc rok
Byl ohrožený život pacienta Vznikly trvalé následky Vrozená vada/malformace
Nežádoucí účinek byl důvodem k hospitalizaci nebo jejímu prodloužení
Jiná lékařsky významná událost Jaká?

Popis nežádoucího účinku/ov:*

Výsledky souvisejících vyšetření (včetně data vykonání):

Další podstatné anamnestické údaje:

3. Informace o lécích

Lék podezřelý z vyvolání nežádoucího účinku

Obchodní název*	Síla	Dávkování	Podávání od/do	Způsob podání	Diagnóza	Šarže
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Souběžně podávané léky (včetně léků podávaných až 3 měsíce před výskytem nežádoucího účinku)

Obchodní název*	Síla	Dávkování	Podávání od/do	Způsob podání	Diagnóza	Šarže
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Přestal se lék podávat? ano ne Upravila se reakce po vynechání léku? ano ne nevím
Objevila se reakce po novém podání? ano ne nevím nepodal se
Používal pacient lék v minulosti? ano ne nevím

3. Informace o hlásícím

Je zpráva z klinické studie? Z epidemiologické studie? Z PASS studie? Není ze studie
Považujete nahlášenou nežádoucí reakci za související s uvedeným podezřelým přípravkem? ano ne nevím

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka:* Specializace:

Telefon/Fax:* E-mail:*

Adresa zdrav. zařízení:

Datum a podpis:*

Všechny údaje uvedené v hlášení je možné rozvést na dalších stranách nebo můžete připojit další relevantní dokumenty (např. výsledky lékařských vyšetření, lékařské zprávy apod.).

Osobní údaje jsou zpracovávány podle § 18 odst. 2 zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyplněné hlášení zašlete, prosím, na adresu (položky označené * jsou povinné):

e-mail: farmakovigilancia@vipfarm.cz; Vipfarm Slovakia s.r.o., Čajakova 18, 811 05 Bratislava, SK; Tel.: +420 22 72 300 30; +421 911 246 944.