

HLÁSENIE PODOZRENIE NA VEĎAJŠÍ ÚČINOK LÉČIVA													
JMENO ADRESA OSOBY PODÁVAJÚCI HLÁSENIE													

I. INFORMÁCIE O REAKCII

1. INICIÁLY PACIENTA	1a. KRAJINA	2. DATUM NARODENIA Deň Mesiac Rok			2a. VEK	3. POHLAVÍ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4-6. NÁSTUP REAKCIE Deň Mesiac Rok			8-12. VYZNAČTE VŠETKO, ČO ZODPOVEDÁ NA ZACHYTENIE REAKCIE
7 + 13. OPIS NEŽIADÚCEHO / OKOLNOSTÍ ÚČINKOV (vrátane relevantných testov / lab. dát)										<input type="checkbox"/> PACIENT ZOMREL <input type="checkbox"/> PRIJATÝ DO NEMOCNICE KVÔLI REAKCII ALEBO HOSPITALIZÁCIA PREDĹŽENÁ <input type="checkbox"/> DOŠLO K TRVALO INVALIDITĚ ALEBO VÝZNAMNÉMU ZNÍŽENIU AKTIVITY <input type="checkbox"/> DOŠLO K OHROZENIU ŽIVOTA <input type="checkbox"/> VRODENÁ CHYBA / DEFEKT PLODU <input type="checkbox"/> LEKÁRSKY VÝZNAMNÚ UDALOSŤ

II. INFORMÁCIE O LIEČIVÉ / LIEČIVÚ PODOZRIVÉ Z NEŽIADUCEHO ÚČINKU

14. LIEČIVÝ PODOZRIVÉ Z NEŽIADÚCEHO ÚČINKU (názov lieku Vráťte generického / nechráneného názvu)		20. ODZNEL REAKCIA PO VYSADENIE LIEČIVÁ? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> N.A.*
15. DÁVKOVÁNIE	16. ZPOSOB/Y PODÁNIE	21. OBJAVIL SA REAKCIA ZNOVU PO OPĀTOVNĚ NASADENIE LIEČIVÁ? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> N.A.*
17. INDIKÁCIA		
18. ZAČIATOK KONIEC PODÁVANIE LIEKOV (od / do)	19. CELKOVÁ DOBA PODÁVANIE LIEKOV	

III. SÚČASNĚ PODÁVANÍ LIEČIV ÚDAJE O PACIENTOVI

22. SÚČASNĚ PODÁVANÍ LIEČIV ZAČIATOK KONIEC ICH PODÁVANIE (od / do, neuvádza sa liečiva použitá k zvládnutiu reakcie)
23. INĚ PODSTATNĚ ANAMNESTICKĚ ÚDAJE (napr. Firmy vo vzťahov k diagnóze, alergiu, gravidite s údajom o mesiaci Posledný menštruácie i.)

IV. DALŠIE INFORMÁCIE

24a. JMENO ADRESA VÝROBCA / DRŽITEĽA REG. ROZHODNUTIA		(V PRÍPADE KLINICKĚHO HODNOTENIE ZAPÍŠTE NAZOV ČÍSLO PROTOKOLU ŠTÚDIA)
24b. KONTROLNĚ ČÍSLO VÝROBCA (ČÍSLO VÝROBNEJ ŠARŽE)		
24c. DÁTUM, KEDY OBDRŽANIE SPRÁVY VÝROBCA / DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII / SPONZOR	24d. ZDROJ HLÁSENIA <input type="checkbox"/> ŠTUDIA <input type="checkbox"/> LITERATURA <input type="checkbox"/> ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK	
DÁTUM HLÁSENIA	25a. TYP HLÁSENIA <input type="checkbox"/> PRVOTNĚ <input type="checkbox"/> NÁSLEDNĚ	

* Neaplikovateľné

VEŠKERĚ ÚDAJE LZE ROZVĚŠT NA DALŠÍCH STRANÁCH!

Vyplnené Hlásenie (aj neúplné údaje) pošlite, prosím, na e-mail: leciva@megafyt.cz