

HLÁSENIE PODOZRENIA NA NEŽIADUCI ÚČINOK LIEKU

INFORMÁCIE O PACIENTOVI						
Prvé písmená mena a priezviska:		Dátum narodenia/vek:		Pohlavie: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena		
Výška:	cm	Hmotnosť:	kg			
INFORMÁCIE O NEŽIADUČEJ REAKCII						
Dátum vzniku nežiaducej reakcie:			Vyznačte, ak nežiaduca reakcia viedla k:			
Popis nežiaducej reakcie/reakcií:			<input type="checkbox"/> hospitalizácii			
1.			<input type="checkbox"/> predĺženiu hospitalizácie			
2.			<input type="checkbox"/> trvalému poškodeniu pacienta (vrodená odchýlka/znetvorenie)			
3.			<input type="checkbox"/> zdravotnému postihnutiu/závažnej poruche funkcie			
4.			<input type="checkbox"/> priamemu ohrozeniu života			
5.			<input type="checkbox"/> išlo o iný medicínsky významný stav			
6.			<input type="checkbox"/> úmrtiu pacienta Dátum úmrtia:			
7.			Príčina smrti:			
INFORMÁCIE O LIEKCH - PODOZRIVÝ LIEK OZNAČTE <input type="checkbox"/> , UVEĎTE AJ VŠETKY SÚČASNE PODÁVANÉ LIEKY						
Názov užívaného lieku/ liekov, podozrivý označte <input type="checkbox"/>	Podanie	Sila	Dávkovanie	od - do	Indikácia	
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
Prestal sa liek podávať?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie				
Upravila sa reakcia po vynechaní lieku?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> neviem				
Objavila sa reakcia po novom podaní lieku?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> neviem-nepodal sa				
Používal pacient liek v minulosti?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> neviem				
Anamnéza pacienta:	Nežiaduce reakcie na iné lieky?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Názov lieku:		

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alergia <input type="checkbox"/> fajčenie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tehotenstvo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> drogy <input type="checkbox"/> iné
Je správa zo štúdie?	<input type="checkbox"/> z klinickej štúdie <input type="checkbox"/> z neintervenčnej štúdie <input type="checkbox"/> nie je zo štúdie
KONTAKTNÉ ÚDAJE ODOSIELATEĽA	
Meno a priezvisko:	<input type="checkbox"/> pacient/rodič
Adresa/ názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	<input type="checkbox"/> zdravotnícky pracovník
	odbornosť:
Stručný opis prípadu, vyšetrenia, liečba nežiaducej reakcie a iné dôležité informácie:	