



## HLÁŠENÍ PODEZŘENÍ NA NEŽÁDOUCÍ ÚČINEK LÉKU

INFORMACE O PACIENTOVI						
<b>První písmena jména a příjmení:</b>		<b>Datum narození, věk:</b>		<b>Pohlaví:</b> <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena		
<b>Výška:</b>	<b>cm</b>	<b>Hmotnost:</b>	<b>kg</b>			
INFORMACE O NEŽÁDOUCÍ REAKCI						
<b>Datum vzniku nežádoucí reakce:</b>			<b>Vyznačte, pokud nežádoucí reakce vedla k:</b>			
<b>Popis nežádoucí reakce/ reakcí:</b>			<input type="checkbox"/> hospitalizaci			
1.			<input type="checkbox"/> prodloužení hospitalizace			
2.			<input type="checkbox"/> trvalému poškození pacienta (vrozená odchylka/znetvoření)			
3.			<input type="checkbox"/> zdravotnímu postižení/ závažné poruše funkce			
4.			<input type="checkbox"/> přímému ohrožení života			
5.			<input type="checkbox"/> šlo o jiný zdravotně významný stav			
6.			<input type="checkbox"/> úmrtí pacienta Datum úmrtí:			
7.			Příčina smrti:			
INFORMACE O LÉCÍCH - PODEZŘELÝ LÉK OZNAČTE <input checked="" type="checkbox"/> , UVEĎTE I VŠECHNY SOUČASNĚ PODÁVANÉ LÉKY						
Název užívaného léku/ léků, podezřelý označte <input checked="" type="checkbox"/>		Podání	Síla	Dávkování	od - do	Indikace
<input checked="" type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						





<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
Přestal se lék podávat?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne			
Upravila se reakce po vynechání léku?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím		
Objevila se reakce po novém podání léku?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím-nepodal se		
Používal pacient lék v minulosti?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím		
Anamnéza pacienta:	Nežádoucí reakce na jiné léky?	<input type="checkbox"/> ano	Název léku:			
		<input type="checkbox"/> ne				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alergie	<input type="checkbox"/> kouření	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> těhotenství	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alkohol	<input type="checkbox"/> drogy <input type="checkbox"/> jiné .....
Je správa ze studie?	<input type="checkbox"/> z klinické studie	<input type="checkbox"/> z neintervenční studie		<input type="checkbox"/> není ze studie		
<b>KONTAKTNÍ ÚDAJE ODESÍLATELE</b>						
Jméno a příjmení:			<input type="checkbox"/> pacient/ rodič			
Adresa/ název a adresa zdravotnického zařízení:			<input type="checkbox"/> zdravotnický pracovník			
			odbornost:			
<b>Stručný popis případu, vyšetření, léčba nežádoucí reakce a jiné důležité informace:</b>						

