



**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 LIEKOKCH - PODOZRIVÝ LIEK OZNAČTE <input checked="" type="checkbox"/> , UVEĎTE AJ VŠETKY SÚČASNE PODÁVANÉ LIEKY						
Názov užívaného lieku/ liekov, podozrivý označte <input checked="" type="checkbox"/>		Podanie	Sila	Dávkovanie	od - do	Indikácia
<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"/>						
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	Názov lieku:			
		<input type="checkbox"/> nie				
		<input type="checkbox"/> alergia <input type="checkbox"/> fajčenie <input type="checkbox"/> tehotenstvo <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 ODOŠIELATEĽA						
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:						

