

(Paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) forma)

PACIENTO PRANEŠIMAS APIE ĮTARIAMĄ NEPAGEIDAUJAMĄ REAKCIJĄ (ĮNR)

Pastaba: nepageidaujama reakcija – nenorimas neigiamas žmogaus organizmo atsakas į vaistą.

Pranešimo užpildymo data:.....

Įtariama nepageidaujama reakcija (ĮNR) pasireiškė:

- Jums pačiam
- Jūsų vaikui
- kitam asmeniui

Duomenys apie asmenį, kuriam pasireiškė įtariama nepageidaujama reakcija (ĮNR):				
Inicialai	Amžius	Lytis: <input type="checkbox"/> vyras <input type="checkbox"/> moteris	Svoris (kg)	Ūgis

Pateikti asmens duomenys yra konfidencialūs ir nebus perduoti kitiems asmenims.

Duomenys apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR):

Apibūdinkite pasireiškusią ĮNR:	ĮNR prasidėjo: (MMMM-mm-dd) ĮNR baigėsi: (MMMM-mm-dd)
Ar ĮNR buvo gydoma? Jei taip, nurodykite taikytą gydymą.	
Kokia ĮNR patyrusio asmens būklė šiuo metu? <input type="checkbox"/> ĮNR pasibaigė, nebėra jokių simptomų; <input type="checkbox"/> ĮNR tebesitęsia; <input type="checkbox"/> ĮNR tebesitęsia, tačiau asmuo jau sveiksta; <input type="checkbox"/> dėl ĮNR teko gydytis ligoninėje; <input type="checkbox"/> dėl ĮNR asmuo mirė.	

Vaistas (-ai), kuris (-ie), tikėtina, sukėlė ĮNR

Vaisto pavadinimas	
Farmacinė forma ir stiprumas (pvz., tabletė, 500 mg)	
Paros dozė (pvz., 2 tabletės 1 kartą per dieną)	
Vaisto vartojimo priežastis	
Vaisto vartojimo pradžia (data)	

Šis vaistas:

- toliau vartojamas
 vaisto vartojimas nutrauktas

Vartojimo nutraukimo data: (MMMM-mm-dd)

Kiti vaistai, vartoti kartu su įtariama nepageidaujama reakcija (ĮNR) sukėlusiu vaistu (jei kitų vaistų nevirtota, įrašyti – nevirtoto):

Vaisto pavadinimas	Vaisto vartojimo priežastis	Paros dozė	Vartojimo pradžia ir pabaiga

Kita svarbi informacija (pvz., anksčiau pasireiškusios alerginės reakcijos vaistams)**Ar informavote savo gydytoją arba vaistininką apie pasireiškusią ĮNR?**

- taip
 ne

Jei taip, prašome atitinkamai nurodyti:

Gydytojo vardą, pavardę, telefoną, el. pašta (jei žinote):

Gydymo įstaigą:

Vaistininko vardą, pavardę, telefoną, el. pašta (jei žinote):

Vaistinę:

Pranešimą užpildžiusio asmens kontaktiniai duomenys:

Vardas, pavardė (arba inicialai)	Telefonas
Adresas	El. paštas

Prašome nurodyti savo kontaktinius duomenis, kad Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos galėtų su Jumis susisiekti.

Pateikti asmens duomenys yra konfidencialūs ir nebus perduoti ar atskleisti kitiems asmenims.

Pranešimą galima pateikti šiais būdais:

- raštu adresu: Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Žirmūnų g. 139A, LT-09120 Vilnius;
- nemokamu fakso numeriu (8 800) 20 131;
- telefonu (8 6) 143 35 34;
- el. p. NepageidaujamaR@vvkt.lt.

Formą rasite internete, adresu <http://www.vvkt.lt>

Ši forma skirta ir vartotojų bei pacientų organizacijoms.