

Агенција за лекове и медицинска средства Србије	Војводе Степе 458, 11152 Београд Тел: 011 39 51 145 Факс: 011 39 51 130 И-мејл: <a href="mailto:naf@alims.gov.rs">naf@alims.gov.rs</a> <a href="http://www.alims.gov.rs">www.alims.gov.rs</a>	Број:  Датум:
	НЦФ бр:	СЗО бр:
Регионални центар за фармаковигиланцу		

### Образац за пријављивање НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА НА ЛЕК (НРЛ) за пацијента

Уколико сумњате да је примена лека довела до нежељене реакције, пошуните овај образац и пошаљите га поштом, факсом или и-мејлом.

#### 1. ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ И НЕЖЕЉЕНИМ РЕАКЦИЈАМА НА ЛЕК (НРЛ)

Иницијали*	Датум рођења	Старост*	Тежина 2	Пол*	ПОЧЕТАК НРЛ*			ЗАВРШЕТАК НРЛ			НРЛ је била: <input type="checkbox"/> умерена <input type="checkbox"/> непријатна, али није утицала на свакодневне активности <input type="checkbox"/> таква да је утицала на свакодневне активности <input type="checkbox"/> таква да је узроковала посету лекару <input type="checkbox"/> таква да је узроковала болничко лечење <input type="checkbox"/> таква да је узроковала тешко обољење <input type="checkbox"/> таква да је узроковала смрт <input type="checkbox"/> друго (навести):
					дан	месец	година	дан	месец	година	
				<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ž							
ОПИС РЕАКЦИЈА* (знаци или симптоми, укључујући релевантне податке лабораторијских тестова):											
Уколико немате довољно простора, молимо Вас да приложите додатне стране овом образцу.											
ИСХОД НРЛ:	<input type="checkbox"/> опоравак, нема више симптома	<input type="checkbox"/> опоравак у току	<input type="checkbox"/> још увек су присутни симптоми НРЛ	<input type="checkbox"/> погоршање стања	<input type="checkbox"/> смрт	<input type="checkbox"/> непознато					

#### 2. ПОДАЦИ О ЛЕКОВИМА ЗА КОЈЕ СУМЊАТЕ ДА СУ ДОВЕЛИ ДО НРЛ

ЛЕКОВИ ПОД СУМЊОМ* (назив лека, произвођач)	Начин примене	Режим дозирања	РАЗЛОГ ПРИМЕНЕ ЛЕКА	ПОЧЕТАК ПРИМЕНЕ	КРАЈ ПРИМЕНЕ
НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА ЈЕ <u>ПРЕСТАЛА</u> НАКОН ОБУСТАВЕ ПРИМЕНЕ ЛЕКА: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> НЕПОЗНАТО			НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА СЕ <u>ПОНОВО ЈАВИЛА</u> ПОСЛЕ ПОНОВНЕ ПРИМЕНЕ ЛЕКА: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> НЕПОЗНАТО		

#### 3. ПОДАЦИ О ИСТОВРЕМЕНО ПРИМЕЊИВАНИМ ЛЕКОВИМА

ОСТАЛИ ПРИМЕЊИВАНИ ЛЕКОВИ (назив лека, произвођач)	Начин примене	Режим дозирања	РАЗЛОГ ПРИМЕНЕ ЛЕКА	ПОЧЕТАК ПРИМЕНЕ	КРАЈ ПРИМЕНЕ

#### 4. ВАЖНИ ДОДАТНИ ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ

(алергије, друге болести, трудноћа са датумом последње менструације, алкохол, пушење и сл.)

#### 5. ПОДАЦИ О ОСОБИ КОЈА ПРИЈАВЉУЈЕ СЛУЧАЈ НРЛ

Име и презиме:	НРЛ се испољила: <input type="checkbox"/> Вама <input type="checkbox"/> Вашем детету <input type="checkbox"/> Неком другом (навести):	Уколико желите, упишите контакт податке Вашег изабраног лекара:
Адреса:		Име и презиме:
Телефон:		Установа
Потпис:		Адреса: Телефон:
И-мејл:		
Датум:		

\* Обавезно навести податке

Хвала што сте пријавили нежељену реакцију на лек.