

# FORMULÁŘ PRO HLÁŠENÍ PODEZŘENÍ NA NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY – Pharma Nord

## 1. INFORMACE O PACIENTOVI

JMÉNO (nebo iniciály)	DATUM NAROZENÍ (nebo VĚK)	POHLAVÍ	ZEMĚ	KONTAKTNÍ INFORMACE

## 2. INFORMACE O REAKCI

DATUM(Y) REAKCE(I)	POPIS REAKCE(I) (všechny důležité informace o příznacích, testech atd.)	ZAŠKRTNĚTE VYHOVUJÍCÍ
		<input type="checkbox"/> BEZ LÉKAŘSKÉ POMOCI <input type="checkbox"/> NUTNÁ DLOUHOTRAVJÍCÍ HOSPITALIZACE <input type="checkbox"/> VZNIK TRVALÉHO ČI VÝZNAMNÉHO POŠKOZENÍ <input type="checkbox"/> ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ <input type="checkbox"/> PACIENT ZEMŘEL

## 3. INFORMACE O PODEZŘELÉM PRODUKTU

PODEZŘELÝ(É) PRODUKT(Y) (šarže)	DENNÍ DÁVKA (Y)	DŮVOD UŽÍVÁNÍ	DATUM(Y) UŽITÍ (začátek, konec, opětovné užití, atd.)

ZMIZÍ REKCE PO UKONČENÍ UŽÍVÁNÍ PRODUKTU(Ů)?	OBJEVÍ SE REAKCE PO OPĚTOVNÉM ZAČÁTKU UŽÍVÁNÍ PRODUKTU(Ů)?
<input type="checkbox"/> ANO – pokud ano, po jak dlouhé době : <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VÝROBEK(Y) JE STÁLE UŽÍVÁN	<input type="checkbox"/> ANO – pokud ano, jak brzy po opětovném užití: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PRODUKT(Y) NENÍ ZNOVU UŽÍVÁN

## 4. SOUČASNÉ UŽÍVÁNÍ LÉKŮ A LÉČEBNÁ HISTORIE

POUŽÍVÁNÍ LÉKU, BYLINNÝCH PŘÍPRAVKŮ A DOPLŇKŮ STRAVY (důvody k užívání, dávky, data užívání)	PŘÍSLUŠNÁ ANAMNÉZA (nemoci, operace, alergie, atd.)

## 5. VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM HLÁŠENÍ	ZDROJ HLÁŠENÍ	JMÉNO & ADRESA OSOBY PODÁVAJÍCÍ HLÁŠENÍ SPOLEČNOSTI PHARMA NORD
	<input type="checkbox"/> ZDRAVOTNICKÝ ODBORNÍK <input type="checkbox"/> PACIENT <input type="checkbox"/> LITERATURA <input type="checkbox"/> KLINICKÉ STUDIE <input type="checkbox"/> OSTATNÍ– Určete:	
<b>TYP HLÁŠENÍ</b> <input type="checkbox"/> POČÁTEČNÍ NEBO <input type="checkbox"/> NAVAZUJÍCÍ		