

OBRAZAC ZA PRIJAVU SUMNJE NA NUSPOJAVU LIJEKA za zdravstvene radnike

IME I PREZIME PRIJAVITELJA*	USTANOVA	ADRESA*	TELEFON/E-mail
-----------------------------	----------	---------	----------------

I. PODACI O NUSPOJAVI

BOLESNIK Inicijali*	DATUM ROĐENJA			DOB*	TEŽINA ²	SPOL*	POČETAK NUSPOJAVE*			KRAJ NUSPOJAVE			OZNAČITI SAMO AKO JE NUSPOJAVA UZROKOVALA:
	dan	mjesec	godina				dan	mjesec	godina	dan	mjesec	godina	
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž							
DIJAGNOZA/SINDROM NUSPOJAVE: OPIS REAKCIJA* (znakovi ili simptomi, uključujući relevantne podatke laboratorijskih testova): LIJEČENJE NUSPOJAVE:													<input type="checkbox"/> smrt <input type="checkbox"/> po život opasno stanje <input type="checkbox"/> potrebu za bolničkim liječenjem ili produljenje već postojećeg <input type="checkbox"/> trajni ili teški invaliditet ili nesposobnost <input type="checkbox"/> kongenitalnu manu ili prirođenu anomaliju <input type="checkbox"/> medicinski značajno ozbiljno stanje
OZNAČITI AKO SUMNJATE NA: <input type="checkbox"/> interakciju lijekova <input type="checkbox"/> nedjelotvornost lijeka <input type="checkbox"/> medikacijska pogreška													
ISHOD NUSPOJAVE*: <input type="checkbox"/> oporavak bez posljedica <input type="checkbox"/> oporavak s posljedicama <input type="checkbox"/> oporavak u tijeku <input type="checkbox"/> nuspojava u tijeku <input type="checkbox"/> smrt <input type="checkbox"/> nepoznato													

* navesti sve lijekove koje je majka uzimala za vrijeme trudnoće i datum zadnje menstruacije; ² posebno važno za djecu

II. PODACI O LIJEKOVIMA POD SUMNJOM

Br.	LIJEKOVI POD SUMNJOM* (zaštićeno ime, INN, proizvođač)	BROJ SERIJE**	DNEVNA DOZA	NAČIN PRIMJENE	INDIKACIJA	POČETAK UZIMANJA LIJEKA			KRAJ UZIMANJA LIJEKA		
						dan	mjesec	godina	dan	mjesec	godina
1.											
2.											
3.											

NUSPOJAVA JE PRESTALA NAKON PRESTANKA UZIMANJA LIJEKA: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NIJE PRIMIJENJIVO	NUSPOJAVA SE PONOVNO JAVILA NAKON PONOVNE PRIMJENE LIJEKA: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NIJE PRIMIJENJIVO
---	---

III. DRUGI LIJEKOVI U ISTOVREMENOJ PRIMJENI

Br.	DRUGI LIJEKOVI (zaštićeno ime, INN, proizvođač)	BROJ SERIJE**	DNEVNA DOZA	NAČIN PRIMJENE	INDIKACIJA	POČETAK UZIMANJA LIJEKA			KRAJ UZIMANJA LIJEKA		
						dan	mjesec	godina	dan	mjesec	godina
1.											
2.											
3.											

IV. OSTALI VAŽNIJI ANAMNESTIČKI PODACI

(druge bolesti, alergije, pušenje, alkohol, i sl.)

STUPANJ UZROČNO-POS LJEDIČNE VEZE NUSPOJAVE I PRIMIJENJENOG LIJEKA (PREMA OCJENI PRIJAVITELJA):

sigurna vjerojatna moguća nije vjerojatna

* obvezni podaci

** ako broj serije nije poznat potrebno je u polje upisati "NIJE POZNAT" ili NP