

OBRAZAC ZA PRIJAVU SUMNJE NA NUSPOJAVU za pacijenta/korisnika lijeka

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

I. PODACI O OSOBI I NUSPOJAVI KOJU JE DOŽIVJELA

INICIJALI* OSOBE	SRODSTVO S PRIJAVITELJEM	DOB*	SPOL*	POČETAK NUSPOJAVE*			KRAJ NUSPOJAVE			ISHOD NUSPOJAVE*:
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	dan	mjesec	godina	dan	mjesec	godina	
OPIS NUSPOJAVE* (molimo vas da opišete nuspojavu u što više detalja i ako je moguće, uključite relevantne rezultate laboratorijskih i/ili drugih nalaza)										<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 OZNAČITI AKO JE NUSPOJAVA UZROKOVALA: <input type="checkbox"/> posjetu liječniku <input type="checkbox"/> primitak u bolnicu

II. PODACI O LIJEKU POD SUMNJOM DA JE IZAZVAO NUSPOJAVU

LIJEK / CJEPIVO POD SUMNJOM* (tvorničko ime)	BROJ SERIJE**	DNEVNA DOZA	NAČIN PRIMJENE	RAZLOG ZA PRIMJENU LIJEKA	POČETAK UZIMANJA LIJEKA			KRAJ UZIMANJA LIJEKA			
					dan	mjesec	godina	dan	mjesec	godina	

III. DRUGI LIJEKOVI U ISTOVREMENOJ PRIMJENI

Br.	DRUGI LIJEKOVI (tvorničko ime)	BROJ SERIJE**	DNEVNA DOZA	NAČIN PRIMJENE	RAZLOG ZA PRIMJENU LIJEKA	POČETAK UZIMANJA LIJEKA			KRAJ UZIMANJA LIJEKA		
						dan	mjesec	godina	dan	mjesec	godina
1.											
2.											
3.											

IV. OSTALI VAŽNIJI PODACI O OSOBI KOJA JE DOŽIVJELA NUSPOJAVU

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

PODACI O IZABRANOM LIJEČNIKU OBITELJSKE MEDICINE

UKOLIKO ŽELITE, MOLIMO VAS DA UPIŠETE KONTAKT PODATKE VAŠEG IZABRANOG LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

*OBAVEZNI PODACI

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

Hvala vam što ste našli vremena i ispunili ovaj obrazac.

Datum prijave:

Potpis prijavitelja: