

Агенција за лекове и медицинска средства Србије	Војводе Степе 458, 11152 Београд Тел. 011 39 51 145 Факс: 011 39 51 130 И-мејл: ncf@alims.gov.rs www.alims.gov.rs	Број: Датум:
	НЦФ бр:	СЗО бр.
Регионални центар за фармаковигиланцу		

Образац за пријављивање НЕЖЕЉЕНИХ РЕАКЦИЈА НА ЛЕК (НРЛ) за здравственог радника

Уколико сумњате да је нежељена реакција у вези са применом једног или више лекова/вакцина, молимо Вас да попуните овај образац и пошаљите га поштом, факсом или и-мејлом. Немојте одустати ако Вам неки подаци недостају. Довољна је само сумња на нежељену реакцију. Нека Вам не буде тешко да попуните образац, јер подаци могу бити значајни за безбедну примену лекова

1. ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ И НЕЖЕЉЕНИМ РЕАКЦИЈАМА НА ЛЕК (НРЛ)											
Иницијали*	Датум рођења	Старост*	Тежина 2	Пол*	ПОЧЕТАК НРЛ*			ЗАВРШЕТАК НРЛ			Да ли сматрате испољене реакције озбиљним? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
				<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	дан	месец	година	дан	месец	година	
ОПИС РЕАКЦИЈА* (знаци или симптоми, укључујући релевантне податке лабораторијских тестова):										Означити поља уколико је НРЛ узроковала: <input type="checkbox"/> смрт <input type="checkbox"/> животну угроженост <input type="checkbox"/> укључење или продужење болничког лечења <input type="checkbox"/> трајно или тешко оштећење/инвалидност <input type="checkbox"/> конгениталне аномалије <input type="checkbox"/> медицински значајно стање (навести)	
ДИЈАГНОЗА / СИНДРОМ ИСПОЉЕНИХ РЕАКЦИЈА: ПРИМЕЊЕНА ТЕРАПИЈА ЗА ЛЕЧЕЊЕ РЕАКЦИЈА: Уколико немате довољно простора, молимо Вас да приложите додатне стране овом образцу.											
ИСХОД НРЛ: <input type="checkbox"/> опоравак без последица <input type="checkbox"/> опоравак са последицама <input type="checkbox"/> опоравак у току <input type="checkbox"/> нема опоравка <input type="checkbox"/> смрт <input type="checkbox"/> непознато											
2. ПОДАЦИ О ЛЕКОВИМА ЗА КОЈЕ СУМЊАТЕ ДА СУ ДОВЕЛИ ДО НРЛ											
ЛЕКОВИ ПОД СУМЊОМ* (заштићено име, INN, облик, јачина, произвођач, бр. серије)				Начин примене	Режим дозирања	ИНДИКАЦИЈА		ПОЧЕТАК ПРИМЕНЕ		КРАЈ ПРИМЕНЕ	
НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА ЈЕ ПРЕСТАЛА НАКОН ОБУСТАВЕ ПРИМЕНЕ ЛЕКА: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> НЕПОЗНАТО						НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА СЕ ПОНОВО ЈАВИЛА 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 (заштићено име, INN, облик, јачина, произвођач, бр. серије)	Начин примене	Режим дозирања	ИНДИКАЦИЈА	ПОЧЕТАК ПРИМЕНЕ	КРАЈ ПРИМЕНЕ

4. ВАЖНИ АНАМНЕСТИЧКИ ПОДАЦИ

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

5. ПОДАЦИ О ИЗВЕШТАЧУ ОВОГ СЛУЧАЈА НРЛ

Име и презиме* , специјалност:	Извештач је: <input type="checkbox"/> Лекар <input type="checkbox"/> Фармацеут <input type="checkbox"/> Стоматолог <input type="checkbox"/> Остали (навести)	Врста пријаве: <input type="checkbox"/> прво пријављивање случаја <input type="checkbox"/> додатне информације о већ пријављеном случају
Установа* :		Пријава се односи на неинтервенцијско клиничко испитивање: <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, навести које:
Адреса:		
Телефон:	И-мејл:	
Потпис:	Датум:	

Обавезно навести податке

Хвала што сте пријавили нежељену реакцију на лек.