

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:ncf@alims.gov.rs">ncf@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, попуните 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			<b>НРЛ је била:</b> <input type="checkbox"/> умерене <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 <b>посету лекару</b> <input type="checkbox"/> таква да је узроковала <b>болничко лечење</b> <input type="checkbox"/> таква да је узроковала <b>тешко обољење</b> <input type="checkbox"/> таква да је узроковала <b>смрт</b> <input type="checkbox"/> друго (навести):
				<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	дан	месец	година	дан	месец	година	
<b>ОПИС РЕАКЦИЈА*</b> (знаци или симптоми, укључујући податке лабораторијских тестова):  Уколико немате довољно простора, молимо Вас да приложите додатне стране овом образцу.											
<b>ИСХОД НРЛ:</b>		<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"/>	<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					
<b>ЛЕКОВИ ПОД СУМЊОМ*</b> (назив лека, произвођач)	Начин примене	Режим дозирања	РАЗЛОГ ПРИМЕНЕ ЛЕКА	ПОЧЕТАК ПРИМЕНЕ	КРАЈ ПРИМЕНЕ

НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА ЈЕ <b>ПРЕСТАЈА</b> НАКОН ОБУСТАВЕ ПРИМЕНЕ ЛЕКА:  <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> НЕПОЗНАТО	НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА СЕ <b>ПОНОВО ЈАВИЛА</b> ПОСЛЕ ПОНОВНЕ ПРИМЕНЕ ЛЕКА  <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> НЕПОЗНАТО
---	--

3. ПОДАЦИ О ИСТОВРЕМЕНО ПРИМЕЊИВАНИМ ЛЕКОВИМА					
<b>ОСТАЛИ ПРИМЕЊИВАНИ ЛЕКОВИ</b> (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**

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

Обавезно навести податке

*Хвала што сте пријавили нежељену реакцију на лек.*