

Formulář pro oznámení vedlejších účinků léku

Oznamovatel*			
<input type="checkbox"/> lékař	<input type="checkbox"/> lékárník	<input type="checkbox"/> obchodní zástupce	<input type="checkbox"/> ošetřovatel
<input type="checkbox"/> pacient	<input type="checkbox"/> příbuzný	<input type="checkbox"/> jiný, a to:	
Jméno*:			
Adresa*:			
Telefonní číslo:			
Výrobek*			
Přesný název:			
Dávkování (např. 2 x 500 mg/den):			
Začátek / konec ošetření:			
V důsledku jaké nemoci / příznaků pobíral (indikace)?			
Přestal pacient s užíváním léku po objevení se vedlejšího účinku?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
- pokud ano, zlepšily se příznaky?		<input type="checkbox"/> není možné posoudit	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Začal s užíváním později znovu?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
- pokud ano, objevily se příznaky znovu?		<input type="checkbox"/> není možné posoudit	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Vedlejší příznaky*			
Zjištěné příznaky:			
Začátek:		Konec:	
Léčení:			
Vážnost stavu:			
<input type="checkbox"/> Pacient zemřel? <input type="checkbox"/> Byl v ohrožení života? <input type="checkbox"/> Dostal se do nemocnice? <input type="checkbox"/> Pacient nebo plod se zdravotně poškodil, vyvíjel se s poruchou? <input type="checkbox"/> Bylo zapotřebí jiného důležitého lékařského zásahu pro odstranění nebezpečí? <input type="checkbox"/> Ani jedno			
Výsledek: stav pacienta se			
<input type="checkbox"/> Vyléčil <input type="checkbox"/> Zlepšil <input type="checkbox"/> Zhoršil <input type="checkbox"/> Nezměnil			

Společně aplikovány jiné léky:				
	LÉK	DÁVKOVÁNÍ	INDIKACE	ZAČÁTEK / KONEC OŠETŘENÍ:
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Jiná doprovodná onemocnění / patologické stavy:	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Pacient*	
Iniciály:	Tělesná výška: cm
Datum narození nebo věk:	Tělesná hmotnost: kg
Pohlaví: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	

Datum oznámení *:

*** Prosíme, abyste části označené hvězdičkou vyplnili v každém případě!**

<p>Tento vyplněný formulář odešlete prosím na některý z níže uvedených kontaktů:</p> <p>E-mail: info@ceumed.eu Fax: +361 237-0006 Poštovní adresa: Ceumed s.r.o. Příkop 27/2a, 602 00 Brno, Česká republika</p> <p>V případě dalších dotazů se s důvěrou obraťte na našeho pracovníka odpovědného za oblast bezpečnosti léčiv na následujících kontaktech:</p> <p>E-mail: info@ceumed.eu Tel: +420723184500</p>
