

I. ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА

(*) Задължително поле!

Пациент(*) (Въведете инициалите на пациента)	Възраст(*)	Пол(*)	Нежелани лекарствени реакции (НЛР)(*) (Моля, опишете кратко нежеланите лекарствени реакции)	Продължителност	
				От dd/mm/yyyy	До dd/mm/yyyy
		<input type="checkbox"/> мъжки <input type="checkbox"/> женски			

II. ПОДОЗИРАН ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ

Търговско име/ партиден номер(*)	Лек.форма / дозова единица	Дневна доза	Начин на приложение	Продължителност на приложението		Показания
				Начална дата на приема dd/mm/yyyy	Крайна дата на приема dd/mm/yyyy	

III. ДРУГИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ

Търговско име	Лек.форма / дозова единица	Дневна доза	Начин на приложение	Продължителност на приложението		Показания
				Начална дата на приема dd/mm/yyyy	Крайна дата на приема dd/mm/yyyy	

IV. ИНФОРМАЦИЯ ЗА НЕЖЕЛАНИ ЕФЕКТИ

Предприети действия относно подозирания лекарствен продукт:	<input type="checkbox"/> приемът е спрян <input type="checkbox"/> лечението продължава <input type="checkbox"/> дозата е намалена <input type="checkbox"/> неизвестно
Ползвал ли е болният преди същото лекарство?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> неизвестно
НЛР е довела до:	<input type="checkbox"/> хоспитализация <input type="checkbox"/> удължаване на хоспитализация <input type="checkbox"/> животозастрашаващо състояние <input type="checkbox"/> вродени аномалии <input type="checkbox"/> значителни/трайни увреждания <input type="checkbox"/> друго с мед. значимост / изискващо интервенция <input type="checkbox"/> нищо от изброените
Изход от НЛР:	<input type="checkbox"/> оздравял без последствия <input type="checkbox"/> НЛР е лекувана <input type="checkbox"/> НЛР не е лекувана <input type="checkbox"/> оздравял с последствия <input type="checkbox"/> лечението на НЛР продължава <input type="checkbox"/> неизвестен <input type="checkbox"/> смърт
Дата на смъртта <i>dd/mm/yyyy</i>	
Коментар (анамнестични данни, алергии, лечение на НЛР)	

Зависимости	<input type="checkbox"/> свръхчувствителност <input type="checkbox"/> наркотици <input type="checkbox"/> бременност <input type="checkbox"/> тютюнопушене <input type="checkbox"/> алкохол
Връзка между заподозрения лекарствен продукт и нежеланата реакция	<input type="checkbox"/> сигурна <input type="checkbox"/> вероятна <input type="checkbox"/> възможна <input type="checkbox"/> невероятна <input type="checkbox"/> условна <input type="checkbox"/> неклассифицируема
Допълнителна информация (Ако предложените полета не са достатъчни, моля, попълнете това поле)	

V. ДАННИ ЗА СЪОБЩИТЕЛЯ

Име на съобщителя(*) (Име и фамилия на лицето, даващо информацията)	Специалност (Въведете Вашата специалност)	Адрес	Телефон(*) (Въведете телефон (само цифри))	Дата(*) (Дата на подаване на информацията)