

1. Моля, обърнете внимание, че някои полета, маркирани със звездичка (\*), изискват задължително попълване, за да бъде прието съобщението Ви за валидно. Въпреки това ние Ви молим да попълните колкото е възможно повече данни, защото това е важно за оценката на съобщението Ви.
2. Моля, обърнете внимание на полето **Пациент (\*)** - в него се попълват САМО ИНИЦИАЛИТЕ му, евентуално разделени с точка! Пример: И.С.П., ако искате да попълните данните за пациента Иван Стоянов Петров.

(\*) Задължително поле!

### I. ДАННИ ЗА СЪОБЩИТЕЛЯ

Вие попълвате това съобщение в качеството на: (*)	Име на съобщителя (*) (Име и фамилия на лицето, даващо информацията)	Адрес	Телефон (*)	Електронна поща (Попълнете валиден и-мейл адрес или оставете празно това поле)
<input type="checkbox"/> Пациент (потребител) <input type="checkbox"/> Родител <input type="checkbox"/> Друго немедицинско лице				

### II. ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА

Пациент (*) (Въведете САМО инициалите на пациента (главни букви и точки))	Възраст (*) (Въведете възрастта на пациента)	Пол (*)	Тегло (кг) (Въведете теглото на пациента)	Ръст (см) (Въведете ръста на пациента)
		<input type="checkbox"/> мъжки <input type="checkbox"/> женски		

### III. ДАННИ ЗА ПОДОЗИРАНОТО ЛЕКАРСТВО

<p><b>Име на лекарствения продукт(*)</b> (Търговко име на лекарствения продукт)</p>	
<p><b>Лекарствена форма / дозова единица</b> (Лекарствена форма: (напр. таблетки), количество (за таблетки от 250 милиграма))</p>	
<p><b>Фармацевтична компания - притежател на разрешението</b></p>	
<p><b>Партиден номер</b> (Въведете партидния номер на опаковката)</p>	
<p><b>За какво е предписано/препоръчано лекарството?</b> (За какво е предписано или препоръчано лекарството)</p>	
<p><b>Начин на приложение</b> (Как приемахте лекарството? Кога, колко пъти и по колко на ден; на час?)</p>	
<p><b>Кога започнахте да прилагате лекарството?</b> <i>dd/mm/yyyy</i></p>	
<p><b>Кога за последно приехте лекарството?</b> (В случай на спиране на приема/приложението, кога за последно приехте лекарството?) <i>dd/mm/yyyy</i></p>	
<p><b>Приемът</b></p>	<input type="checkbox"/> не е прекратяван
<p><b>Допълнителна информация за лекарствения продукт</b> (Допълнителна информация относно лекарствения продукт в свободен текст)</p>	

Други прилагани от Вас лекарства по времето на  
нежеланата реакция  
(Моля, опишете всички други прилагани от Вас  
лекарства по времето на нежеланата реакция и  
до месец преди това, включително лекарства,  
закупени без рецепта или хранителни добавки)

#### IV. ДАННИ ЗА ПОДОЗИРАНАТА НЕЖЕЛАНА ЛЕКАРСТВЕНА РЕАКЦИЯ

Описание на реакцията(\*)  
(Моля, опишете наблюдаваната нежелана  
лекарствена реакция на пациента)

Кога започна и колко продължи нежеланата  
реакция?  
(Опишете кога започна и колко продължи  
нежеланата реакция)

Бяха ли предприети мерки за лечение на  
реакцията и какви?  
(Моля, опишете какви мерки бяха взети при  
лечението на реакцията)

Какъв е изходът от нежеланата реакция?

- възстановяване
- възстановяване с последствия
- възстановяването продължава
- нежеланата лекарствена реакция продължава
- нежеланата реакция е довела до смърт
- неизвестен
- друг

<p><b>Доколко нежеланата реакция повлия на ежедневните Ви дейности?</b> ( Моля, опишете доколко и как нежеланата реакция повлия на ежедневните Ви дейности)</p>	<p><input type="checkbox"/> предизвика леко неудобство  <input type="checkbox"/> причини неработоспособност  <input type="checkbox"/> доведе до приемане в болница  <input type="checkbox"/> наложи животоспасяващи действия  <input type="checkbox"/> причини инвалидност  <input type="checkbox"/> друго</p>
<p><b>Възможна причина за нежеланата лекарствена реакция</b> (Допускате ли, че наблюдаваната нежелана лекарствена реакция е възникнала в резултат на неумишлена грешка при предписването, отпускането в аптеката, приготвянето или приложението на лекарствения продукт и ако е така, моля, обяснете.)</p>	
<p><b>Моля, добавете допълнителна информация</b> (Моля, добавете допълнителна информация, която може да бъде от значение - резултати от изследвания, други заболявания, алергии, тютюнопушене, злоупотреба с лекарствени продукти, алкохол, наркотици, бременност, кърмене и др.)</p>	
<p><b>Данни за Вашия лекуващ лекар</b> (Ако сте съгласни да потърсим допълнителна информация по този случай от Вашия лекуващ лекар, моля, напишете данни за връзка с него)</p>	
<p><b>Дата(*)</b> (Дата на подаване на информацията) <i>dd/mm/yyyy</i></p>	