Forma patvirtinta

Lietuvos Respublikos

sveikatos apsaugos ministro

2013 m. vasario 20 d.

įsakymu Nr. V-185

**(Paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) forma)**

**PACIENTO PRANEŠIMAS APIE ĮTARIAMĄ NEPAGEIDAUJAMĄ REAKCIJĄ (ĮNR)**

Pastaba: nepageidaujama reakcija – nenorimas neigiamas žmogaus organizmo atsakas į vaistą.

Pranešimo užpildymo data:...............................

**Įtariama nepageidaujama reakcija (ĮNR) pasireiškė:**

Jums pačiam

Jūsų vaikui

kitam asmeniui

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Duomenys apie asmenį, kuriam pasireiškė įtariama nepageidaujama reakcija (ĮNR):** | | | | |
| **Inicialai** | **Amžius** | **Lytis:**  vyras  moteris | **Svoris (kg)** | **Ūgis** |

Pateikti asmens duomenys yra konfidencialūs ir nebus perduoti kitiems asmenims.

**Duomenys apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR):**

|  |  |
| --- | --- |
| Apibūdinkite pasireiškusią ĮNR:  Ar ĮNR buvo gydoma? Jei taip, nurodykite taikytą gydymą. | **ĮNR prasidėjo:**  **...........................**  (MMMM-mm-dd)  **ĮNR baigėsi:**  **...........................**  (MMMM-mm-dd) |
| Kokia ĮNR patyrusio asmens būklė šuo metu?  ĮNR pasibaigė, nebėra jokių simptomų;  ĮNR tebesitęsia;  ĮNR tebesitęsia, tačiau asmuo jau sveiksta;  dėl ĮNR teko gydytis ligoninėje;  dėl ĮNR asmuo mirė. | |

**Vaistas (-ai), kuris (-ie), tikėtina, sukėlė ĮNR**

|  |  |
| --- | --- |
| Vaisto pavadinimas |  |
| Farmacinė forma ir stiprumas  (pvz., tabletė, 500 mg) |  |
| Paros dozė (pvz., 2 tabletės 1 kartą per dieną) |  |
| Vaisto vartojimo priežastis |  |
| Vaisto vartojimo pradžia (data) |  |
| Šis vaistas:  toliau vartojamas  vaisto vartojimas nutrauktas  Vartojimo nutraukimo data: ................................... (MMMM-mm-dd) | |

**Kiti vaistai, vartoti kartu su įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) sukėlusiu vaistu (jei kitų vaistų nevartota, įrašyti – nevartojo):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vaisto pavadinimas | Vaisto vartojimo priežastis | Paros dozė | Vartojimo pradžia ir pabaiga |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Kita svarbi informacija** (pvz., anksčiau pasireiškusios alerginės reakcijos vaistams)

**Ar informavote savo gydytoją arba vaistininką apie pasireiškusią ĮNR?**

taip

ne

**Jei taip, prašome atitinkamai nurodyti:**

Gydytojo vardą, pavardę, telefoną, el. paštą (jei žinote):

Gydymo įstaigą:

Vaistininko vardą, pavardę, telefoną, el. paštą (jei žinote):

Vaistinę:

**Pranešimą užpildžiusio asmens kontaktiniai duomenys:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vardas, pavardė (arba inicialai) | Telefonas |
| Adresas | El. paštas |
| Prašome nurodyti savo kontaktinius duomenis, kad Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos galėtų su Jumis susisiekti.  Pateikti asmens duomenys yra konfidencialūs ir nebus perduoti ar atskleisti kitiems asmenims. | |
| Pranešimą galima pateikti šiais būdais:  - raštu adresu: Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Žirmūnų g. 139A, LT-09120 Vilnius;  - nemokamu fakso numeriu (8 800) 20 131;  - nemokamu telefonu 8 800 73 568;  - el. p. NepageidaujamaR@vvkt.lt.  Formą rasite internete, adresu http://www.vvkt.lt | |
| Ši forma skirta ir vartotojų bei pacientų organizacijoms. | |