

### HLÁŠENÍ PODEZŘENÍ NA NEŽÁDOUCÍ ÚČINEK LÉKU

INFORMACE O PACIENTOVI						
První písmena jména a příjmení:		Datum narození/věk:		Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena		
Výška:	cm	Hmotnost:	kg			
INFORMACE O NEŽÁDOUCÍ REAKCI						
Datum vzniku nežádoucí reakce:			Vyznačte, pokud nežádoucí reakce vedla k:			
Popis nežádoucí reakce/reakcí:			<input type="checkbox"/> hospitalizaci			
1.			<input type="checkbox"/> prodloužení hospitalizace			
2.			<input type="checkbox"/> trvalému poškození pacienta (vrozená odchylka/znetvoření)			
3.			<input type="checkbox"/> zdravotnímu postižení / závažné poruše funkce			
4.			<input type="checkbox"/> přímému ohrožení života			
5.			<input type="checkbox"/> šlo o jiný medicínsky významný stav			
6.			<input type="checkbox"/> úmrtí pacienta Datum úmrtí:			
7.			Příčina smrti:			
INFORMACE O LÉCÍCH - PODEZŘELÝ LÉK OZNAČTE <input type="checkbox"/> , UVEĎTE I VŠECHNY SOUČASNĚ PODÁVANÉ LÉKY						
Název užívaného léku / léků, podezřelý označte <input type="checkbox"/>	Podání	Síla	Dávkování	od - do	Indikace	
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
Přestal se lék podávat?		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				
Upravila se reakce po vynechání léku?		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím				
Objevila se reakce po novém podání léku?		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím-nepodal se				
Používal pacient lék v minulosti?		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím				

Anamnéza pacienta:	Nežádoucí reakce na jiné léky?	<input type="checkbox"/> ano	Název léku:
		<input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alergie <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> těhotenství <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> drogy <input type="checkbox"/> jiné .....		
Je správa ze studie?	<input type="checkbox"/> z klinické studie	<input type="checkbox"/> z neintervenční studie	<input type="checkbox"/> není ze studie
<b>KONTAKTNÍ ÚDAJE ODESÍLATELE</b>			
Jméno a příjmení:	<input type="checkbox"/> pacient / rodič		
Adresa / název a adresa zdravotnického zařízení:	<input type="checkbox"/> zdravotnický pracovník		
	odbornost:		
Stručný popis případu, vyšetření, léčba nežádoucí reakce a jiné důležité informace:			