

Формуляр за уведомление за  
НЛР (нежелана лекарствена реакция)

Заявител\*:

- Лекар  Фармацевт  Регионален инспектор  Медицинска сестра  
 Пациент  Роднини  Друго, а именно:

Име:

Адрес:

Телефонен номер:

Продукт\*:

Точно наименование:

Приложение (напр. 2 x 500 mg/ден):

Начало/ Крайна дата на лечението:

За каква болест или симптоми сте използвали продукта?

Пациентът спрял ли е приема след нежеланите ефекти?

- Да  Да  
 Не  Не

Ако да, това облекчило ли е симптомите?  Невъзможно да се прецени

Пациентът започнал ли е да прилага отново лекарството по-късно?

- Да  Да  
 Не  Не

Ако да, симптомите появили ли са се отново?  Невъзможно да се прецени

Нежелан ефект\*

Установени симптоми:

Начало:

Край:

Лечение:

Тежест на заболяването:

- Пациентът е починал  
 Животът на пациента е в опасност  
 Пациентът е приет в болница  
 Пациентът или плодът са понесли трайно увреждане на здравето или е получена малформация

Друго, наложила се е значителна медицинска намеса, за да се избегне риск

Няма

Изход: състоянието на пациента:

- е възстановено  
 е подобрено  
 се е влошило  
 е непроменено

Други лекарства, използвани с:

ПРОДУКТ (ЛЕКАРСТВО) ПРИЛОЖЕНИЕ ПОКАЗАНИЕ НАЧАЛО

КРАЙНА ДАТА НА ЛЕЧЕНИЕТО

1  
2  
3  
4  
5  
6

Други заболявания:

1  
2  
3  
4  
5  
6

Пациент\*

Инициали:

Ръст:

cm

Дата на раждане или възраст:

Телесно тегло:

kg

Пол:

жена  мъж

Дата на съобщаване\*:

\* Моля, уверете се, че всички части, отбелязани със звездичка, са попълнени

Моля изпратете попълнения формуляр на един от следните адреси:

Е-мейл: [info@ceumed.eu](mailto:info@ceumed.eu)

Факс: +36 1 237 0006

Ако имате някакви въпроси, моля свържете се с лицето, отговорно за безопасността, по следния начин:

Е-мейл: [info@ceumed.eu](mailto:info@ceumed.eu)

Телефон: +36 1 237 0005