

Formularz niepożądanego działania leku dla pacjenta/opiekuna pacjenta



Zdrovit
Twoje zdrowie Twoją siłą!

Proszę uzupełnić wszystkie linie oznaczone * i podać możliwie jak najwięcej dodatkowych informacji

1. Opis działania niepożądanego

* **Jakie objawy niepożądane obserwował Pan/Pani, proszę podać ich przebieg?**

Jak dotkliwe było działanie niepożądane?

(Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat określając dotkliwość objawów niepożądanego działania leku)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Łagodne | <input type="checkbox"/> Nieprzyjemne pozwalające na codzienną aktywność | <input type="checkbox"/> Dotkliwe utrudniające codzienną aktywność | <input type="checkbox"/> Dotkliwe konieczna konsultacja lekarska |
| <input type="checkbox"/> Konieczność leczenia w szpitalu | <input type="checkbox"/> Poważny stan chorobowy | <input type="checkbox"/> Zakończone zgonem | <input type="checkbox"/> Inne |

Kiedy rozpoczęły się niepożądane działania leku?

Jak ocenia Pan/Pani obecny stan zdrowia? (Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

- | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dobry (objawy ustąpiły) | <input type="checkbox"/> Poprawa | <input type="checkbox"/> Objawy utrzymują się | <input type="checkbox"/> Pogorszenie stanu choroby |
| <input type="checkbox"/> Inne | | | |

Proszę podać, o ile to możliwe dodatkowe informacje.

(np.: czy podejmowano leczenie objawów niepożądanych? czy zaprzestano stosowania leku z powodu niepożądanych działań leku? czy objawy cofały się po przerwaniu stosowania leku?)

2. Działanie niepożądane

U kogo wystąpiło niepożądane działanie?

- * u Pani/Pana u Pani/Pana dziecka u innej osoby

Dane osoby, u której wystąpiło działanie niepożądane (Proszę zgłosić możliwie jak najpełniejszą informację)

Inicjały _____ Mężczyzna Kobieta

Wiek _____ Masa ciała _____ Wzrost _____

Inne istotne informacje (dla przykładu stan chorobowy lub reakcja alergiczna?)

* Proszę upewnić się czy uzupełniono wszystkie pola oznaczone

3. Leki, które mogły spowodować działania niepożądane

Proszę podać szczegóły o lekach, które mogły spowodować działanie niepożądane.

* Nazwa leku _____

na receptę

bez recepty

Dawkowanie (przykładowo: tabletką 250 mg, dwa razy dziennie) _____

Powód stosowania leku: _____

Data rozpoczęcia leczenia: _____

Data zakończenia leczenia _____

Czy przerwano stosowanie leku z powodu niepożądanego działania

Tak

Nie

Jeżeli przyjmował Pan/Pani inne leki w tym samym czasie (które mogły spowodować interakcje) proszę podać o nich informacje.

Nazwy innych przyjmowanych leków (jeżeli dotyczy) _____

na receptę

bez recepty

Dawkowanie (przykładowo: tabletką 250 mg, dwa razy dziennie) _____

Powód stosowania leku: _____

Data rozpoczęcia leczenia: _____

Data zakończenia leczenia _____

Czy uważa Pan/Pani, że któryś z wymienionych powyżej leków mógł spowodować działanie niepożądane

Tak

Nie

Możliwe

Jeżeli tak, to czy umie Pan/ Pani wskazać, który to lek (proszę podać nazwę leku): _____

Czy przerwano stosowanie leku z powodu niepożądanego działania

Tak

Nie

Czy przyjmował Pan/Pani w ostatnim czasie jakieś inne lekarstwa lub leki ziołowe? Tak

Nie

Jeżeli tak, to proszę wymienić jakie.

Nazwa leku: _____

4. Lekarz prowadzący (wypełnienie nie jest obowiązkowe)

Czy chciałby Pan/Pani, aby zgłoszenie było przesłane do lekarza prowadzącego ?

Tak

Nie

Jeśli tak, proszę podać nazwisko lekarza i adres

Imię i nazwisko lekarza: _____

Adres: _____

Kod pocztowy: _____

5. Informacje o osobie zgłaszającej *

Dane kontaktowe – prosimy o podanie pełnego adresu do korespondencji, numeru telefonu, adresu e-mail

* Imię i nazwisko: _____

* Adres: _____

* Kod pocztowy: _____

Numer telefonu: _____

Email: _____

Data: _____

* Proszę upewnić się czy uzupełniono wszystkie pola oznaczone