

Моля, попълнете формуляра и го изпратете на посочения е-мейл адрес!			
Тел: +359894491125			
e-mail: Kremena.Ivanova@woerwagpharma.bg			
СЪОБЩИТЕЛ*:		ИЗТОЧНИК:	
<input type="checkbox"/> ЛЕКАР <input type="checkbox"/> ФАРМАЦЕВТ <input type="checkbox"/> ДРУГ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТ <input type="checkbox"/> АДВОКАТ <input type="checkbox"/> ПАЦИЕНТ ИЛИ ДРУГ ПОТРЕБИТЕЛ		<input type="checkbox"/> КЛИНИЧНО ИЗПИТВАНЕ <input type="checkbox"/> СПОНТАННО СЪОБЩЕНИЕ <input type="checkbox"/> ЛИТЕРАТУРА : _____ <input type="checkbox"/> ДРУГ (МОЛЯ ДА УТОЧНИТЕ!): _____	
ИМЕ И АДРЕС НА СЪОБЩИТЕЛЯ:		Tel.:	
		Fax:	
		e-mail:	
Моля, отбележете ако не желаете Вашите данни да се използват за каквато и друга цел, освен събиране на допълнителна информация по даденият случай! <input type="checkbox"/>			
Дата*:			
ДОКЛАДВАЛИ ЛИ СТЕ НЛР ДО ОФИЦИАЛНИТЕ ВЛАСТИ <input type="checkbox"/> ДА ДАТА: _____ <input type="checkbox"/> НЕ			
ТИП НА ДОКЛАДА <input type="checkbox"/> НАЧАЛЕН <input type="checkbox"/> ПОСЛЕДВАЩ			
ПАЦИЕНТ* (ИНИЦИАЛИ):		ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР:	ДЪРЖАВА:
		НОМЕР НА ПАЦИЕНТА (ПРИ КЛИНИЧНО ИЗПИТВАНЕ):	
ДАТА НА РАЖДАНЕ:	ВЪЗРАСТ:	ВЪЗРАСТОВА ГРУПА:	
(ДЕН/МЕСЕЦ/ГОДИНА)		<input type="checkbox"/> НОВОРОДЕНО <input type="checkbox"/> БЕБЕ <input type="checkbox"/> ДЕТЕ <input type="checkbox"/> ПОДРАСТВАЩ <input type="checkbox"/> ВЪЗРАСТЕН <input type="checkbox"/> СТАРЕЦ	
ПОЛ: <input type="checkbox"/> ЖЕНА <input type="checkbox"/> МЪЖ	ТЕГЛО(kg):	ВИСОЧИНА (cm):	ЕТНИЧЕСКИ ПРОИЗХОД:

АКО Е ЖЕНА ДАЛИ Е БРЕМЕННА? <input type="checkbox"/> ДА* <input type="checkbox"/> НЕ * АКО (ДА), МОЛЯ ПОПЪЛНЕТЕ И ФОРМУЛЯРА ЗА БРЕМЕННИ	АКО ДА: _____ СЕДМИЦИ	ПОСЛЕДНА МЕНСТРУАЦИЯ: ДЕН/МЕСЕЦ/ГОДИНА
---	-----------------------	---

НЕЖЕЛАНА ЛЕКАРСТВЕНА РЕАКЦИЯ*(И) - описание

ДОВЕЛА ЛИ Е НЕЖЕЛАНАТА ЛЕКАРСТВЕНА РЕАКЦИЯ ДО : (ПОПЪЛНЕТЕ ВСИЧКИ КОИТО СА ПРИЛОЖИМИ)

- СМЪРТЕН ИЗХОД
- ЖИВОТОЗАСТРАШАВАЩО СЪСТОЯНИЕ
- ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ, ИЛИ УДЪЛЖАВАНЕ СРОКА НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ
- ЗНАЧИТЕЛНИ ИЛИ ТРАЙНИ ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ИЛИ УВРЕЖДЕНИЯ
- ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ
- ДРУГО МЕД. ЗНАЧИМО СЪБИТИЕ

НЕЖЕЛАНА РЕАКЦИЯ (ПО РЕД НА СЕРИОЗНОСТ)	НАЧАЛО:	КРАЙ:	ПРОДЪЛЖАВА ДА/НЕ	СИЛА НА РЕАКЦИЯТА: СЛАБА УМЕРЕНО СИЛНА СИЛНА
	ДЕН/МЕСЕЦ/ГОДИНА ЧАС:	ДЕН/МЕСЕЦ/ГОДИНА ЧАС:		
1.				
2.				
3.				
4.				

ВРЕМЕНИ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ НАЧАЛОТО НА ЛЕЧЕНИЕТО И НАЧАЛОТО НА РЕАКЦИЯТА:	ВРЕМЕНИ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ПОСЛЕДНАТА ДОЗА И НАЧАЛОТО НА РЕАКЦИЯТА:
---	---

РЕЗУЛТАТИ ОТ ЛАБОРАТОРНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ:

ИЗХОД ОТ РЕАКЦИЯТА(ИТЕ) И ДАТА НА ПОСЛЕДНОТО НАБЛЮДЕНИЕ:

- ОЗДРАВЯЛ В ПРОЦЕС НА ПОДОБРЕНИЕ БЕЗ ПОДОБРЕНИЕ
 ОЗДРАВЯЛ С ПОСЛЕДСТВИЯ ФАТАЛЕН ИЗХОД НЕИЗВЕСТНО

В СЛУЧАЙ НА СМЪРТЕН ИЗХОД

ДАТА НА СМЪРТТА (ДЕН/МЕСЕЦ/ГОДИНА):

ПРИЧИНА ЗА СМЪРТТА:

ПРОВЕДЕНА ЛИ Е АУТОПСИЯ: ДА НЕ НЕИЗВЕСТНО

ПРИЧИНА ЗА СМЪРТТА УСТАНОВЕНА ОТ АУТОПСИЯТА:

ПОДОЗИРАНО (И) ЛЕКАРСТВО (А)*ЗА ВЪЗНИКВАНЕ НА НЛР

ПОДОЗИРАНИ ЛЕКАРСТВА ПО РЕД НА СЪМНЕНИЕ	ПАРТИД ЕНН ^o	ДОЗ А	ОПАК ОВКА	ЧЕСТ ОТА	ПЪТ НА ВЪВЕЖДА НЕ	ПЕРИОД НА ЛЕЧЕНИЕ (ДАТА/МЕСЕЦ/ГО ДИНА)		ПОКАЗАНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ
						ОТ	ДО	
1.								
2.								
3.								
4.								

ПРЕДПРИЕТИ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСНО ЛЕКАРСТВО №. ____

- ЛЕКАРСТВОТО Е СПРЯНО ДАТА НА СПИРАНЕ: _____
 НАМАЛЕНА ДОЗА НОВА ДОЗА: _____
 УВЕЛИЧЕНА ДОЗА НОВА ДОЗА: _____
 ДОЗАТА НЕ Е ПРОМЕНЕНА
 НЕИЗВЕСТНО
 НЕПРИЛОЖИМО

РЕАКЦИЯТА ИЗЧЕЗВА ЛИ СЛЕД СПИРАНЕ НА ЛЕКАРСТВОТО? ДА НЕ НЕИЗВЕСТНО

РЕАКЦИЯТА ПОЯВЯВА ЛИ СЕ ПРИ ПОВТОРНО ПРИЛАГАНЕ НА ЛЕКАРСТВОТО? ДА НЕ НЕИЗВЕСТНО

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕНАТА ВРЪЗКА МЕЖДУ ЛЕКАРСТВОТО И РЕАКЦИЯТА Е:

- НЯМА ВРЪЗКА ВЕРОЯТНА ВЪЗМОЖНА ПОДОЗИРАНА

ПРЕДИШНО ПРИЛОЖЕНИЕ НА ЛЕКАРСТВОТО? ДА НЕ НЕИЗВЕСТНО

ПРЕДИШНО ПРИЛОЖЕНИЕ НА ЛЕКАРСТВОТО Е БИЛО БЕЗПРОБЛЕМНО?

ДА НЕ НЕИЗВЕСТНО НЕ Е ПРИЛАГАНО ПРЕДИ

АНАМНЕСТИЧНИ ДАННИ:

АЛКОХОЛ ТЮТЮНОПУШЕНЕ ЗЛОУПОТРЕБА С ЛЕКАРСТВА ОРАЛНИ КОНТРАЦЕПТИВИ ДИЕТА
 ЛЪЧЕВА ТЕРАПИЯ ИМПЛАНТИ АЛЕРГИИ* НАРУШЕН МЕТАБОЛИЗЪМ*

*ДОПЪЛНИТЕЛНА ИНФОРМАЦИЯ: _____

МЕДИЦ.ИСТОРИЯ/ЗАБОЛЯВАНИЯ/ ХИРУРГИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	НАЧАЛО: ДАТА/МЕСЕЦ/ГОДИН А	ПРОДЪЛЖАВА: ДА/ НЕ/ НЕИЗВЕСТНО	КРАЙ: ДАТА/МЕСЕЦ/ГОД ИНА	КОМЕНТАРИ:
1.				
2.				
3.				

МЕДИЦИНСКА ИСТОРИЯ ПРЕДИ РЕАКЦИЯТА: (Общо състояние преди възникване на реакцията и други лекарства, които са приемани, освен подозираното)

ПРЕДХОДНА УПОТРЕБА НА ЛЕКАРСТВА

ИМЕ НА ЛЕКАРСТВОТО:	Д О З А	ЕДИНИ ЦА	ПАРТИДЕН №	ЧЕСТОТ А	ПЪТ НА ВЪВЕЖ ДАНЕ	ПЕРИОД НА ЛЕЧЕНИЕ (ДАТА/МЕСЕЦ/ГО ДИНА)		ПОКАЗАНИЯ ЗА УПОТРЕБА	НЛР? ДА/НЕ
						ОТ	ДО		
1.									
2.									
3.									
4.									

ОПИСАНИЕ В РЕЗЮМЕ:					
В СЛУЧАЙ НА БРЕМЕННОСТ, МОЛЯ ДА ПОПЪЛНИТЕ ДАННИТЕ СВЪРЗАНИ С РОДИТЕЛЯ					
ВЪЗРАСТ НА РОДИТЕЛЯ:			ДАТА НА РАЖДАНЕ НА РОДИТЕЛЯ: (ДАТА/МЕСЕЦ/ГОДИНА)		
ТЕГЛО НА РОДИТЕЛЯ (кг):	ВИСОЧИНА НА РОДИТЕЛЯ (cm):	ПОЛ НА РОДИТЕЛЯ:	ПОСЛЕДНА МЕНСТРУАЦИЯ ДАТА:		
АНАМНЕСТИЧНИ ДАННИ: <input type="checkbox"/> АЛКОХОЛ <input type="checkbox"/> ТЮТЮНОПУШЕНЕ <input type="checkbox"/> ЗЛОУПОТРЕБА С ЛЕКАРСТВА <input type="checkbox"/> ОРАЛНИ КОНТРАЦЕПТИВИ <input type="checkbox"/> ДИЕТА <input type="checkbox"/> ЛЪЧЕВА ТЕРАПИЯ <input type="checkbox"/> ИМПЛАНТИ <input type="checkbox"/> АЛЕРГИИ <input type="checkbox"/> НАРУШЕН МЕТАБОЛИЗЪМ <input type="checkbox"/> ДОПЪЛНИТЕЛНА ИНФОРМАЦИЯ: _____					
ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО /ХИРУРГИЧНИ ПРОЦЕДУРИ:	НАЧАЛО: ДЕН/МЕСЕЦ/ ГОДИНА	ПРОДЪЛЖАВА: ДА/НЕ/НЕИЗВЕСТНО	КРАЙ: ДЕН/МЕСЕЦ/ГОД ИНА	КОМЕНТАРИ:	
1.					
2.					
3.					
4.					
МЕДИЦИНСКА ИСТОРИЯ ПРЕДИ РЕАКЦИЯТА :					

ПРЕДХОДНА УПОТРЕБА НА ЛЕКАРСТВА									
ИМЕ НА ЛЕКАРСТВОТО:	ДОЗА	ЕДИНИЦА	ПАРАТИДЕН No	ЧЕСТОТА	ПЪТ НА ВЪВЕЖДАНЕ	ПЕРИОД НА ЛЕЧЕНИЕ (ДАТА/МЕСЕЦ/ГОДИНА)		ПОКАЗАНИЯ ЗА УПОТРЕБА	НЛР?
						ОТ	ДО		
1.									
2.									
3.									
4.									

ПОПЪЛВА СЕ САМО В СЛУЧАЙ НА КЛИНИЧНО ИЗПИТВАНЕ:	
ИМЕ НА ИЗПИТВАНЕТО:	НОМЕР НА ИЗПИТВАНЕТО:
РЕАКЦИЯТА СЕ Е ПРОЯВИЛА ПРЕЗ СЛЕДНИЯ ПЕРИОД ОТ ИЗПИТВАНЕТО:	
<input type="checkbox"/> ПРЕДИ - ЛЕЧЕНИЕТО <input type="checkbox"/> ПО ВРЕМЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО <input type="checkbox"/> СЛЕД ПРИКЛЮЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	
THE BLIND WAS BROKEN:	
<input type="checkbox"/> YES* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A. (OPEN LABEL STUDY)	
* if yes, please specify the date.	