

**АНЕКС 1: ФОРМА ЗА НЛР, докладвани в писмена форма**

|  |   |
|--|---|
| <b>Дата на получаване</b>  | <b>Момент на получаване</b>   |
| <b>Информация за пациента</b><br>Инициали:                      Възраст:   | Пол:<br>Продължителност:  |
| <b>Предполагаемо лекарство:</b><br><b>Име на продукта:</b><br><b>Дневна доза:</b><br><b>Начин на приложение:</b><br><b>Продължителност на приложение:</b>  | Симптоми:   |
| <b>КЛАСИФИЦИРАНЕ НА СЪОБЩЕНИЕТО:</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Бременност<br><input type="checkbox"/> Кърмене<br><input type="checkbox"/> Липса на ефект<br><input type="checkbox"/> Предозиране<br><input type="checkbox"/> Медицинска грешка<br><input type="checkbox"/> Неправилна употреба<br><input type="checkbox"/> Злоупотреба | <input type="checkbox"/> Използване извън индикациите<br><input type="checkbox"/> Взаимодействие с лекарствен продукт/храна<br><input type="checkbox"/> Фалшив (подправен) продукт<br><input type="checkbox"/> Неочаквана полза от лечението<br><input type="checkbox"/> Професионална експозиция<br><input type="checkbox"/> Качествен дефект<br><input type="checkbox"/> Друго..... |
| <b>Съпътстващи медикаменти</b>   | <b>Име на продукта:</b><br><b>Дневна доза:</b><br><b>Начин на приложение:</b><br><b>Продължителност на приложение</b>   |
| <b>Епикриза</b>  |   |
| <b>Резултат от реакцията</b><br><input type="checkbox"/> Незначителна<br><input type="checkbox"/> Значителна<br><b>При значителна, моля отбележете сериозността на реакцията:</b><br><input type="checkbox"/> Хоспитализация   | <input type="checkbox"/> Спиране <input type="checkbox"/> Продължено лечение<br><input type="checkbox"/> Намалена доза <input type="checkbox"/> Няма информация<br><input type="checkbox"/> Възстановяване без последствия<br><input type="checkbox"/> Третирани НЛР  |

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> удължаване на болничния престой<br><input type="checkbox"/> животозастрашаващо състояние<br><input type="checkbox"/> вродени аномалии<br><input type="checkbox"/> значителна / постоянна инвалидност<br><input type="checkbox"/> други медицински показания / изискващи намеса<br><input type="checkbox"/> никое от горепосочените | <input type="checkbox"/> Нетретирани НЛР<br><input type="checkbox"/> Възстановяване с последствия:<br><input type="checkbox"/> Третирането на НЛР продължава<br><input type="checkbox"/> Няма информация<br><input type="checkbox"/> Дата на смъртта |
| <b>Докладчик</b>  |  |
| Лекар/име:<br>Асистент:<br>Друг (уточнение):  | Тел. за връзка:<br><br>E-mail:   |
| Медицински продукт:   | Номер на РУ:   |
| Партиден номер:   |  |
| Описание на НЛР   |  |

Име на лицето за контакт: \_\_\_\_\_

Подпис



|   |  |
|---|--|
| <p><b>Резултат от реакцията</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Незначителна</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Значителна</b></p> <p><b>При значителна, моля отбележете сериозността на реакцията:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Хоспитализация</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>удължаване на болничния престой</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>животозастрашаващо състояние</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>вродени аномалии</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>значителна / постоянна инвалидност</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>други медицински показания / изискващи намеса</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>никое от горепосочените</b></p> | <p><input type="checkbox"/> <b>Спиране</b>                      <input type="checkbox"/> <b>Продължено лечение</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Намалена доза</b>      <input type="checkbox"/> <b>Няма информация</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Възстановяване без последствия</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Третиранни НЛР</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Нетретиранни НЛР</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Възстановяване с последствия:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Третирането на НЛР продължава</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Няма информация</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Дата на смъртта</b></p> |
|---|--|