

Formulár spontánneho hlásenia podozrenia na nežiaduci účinok lieku

Číslo lokálneho hlásenia:	Dátum a čas prijatia informácie o podozrení na nežiaduci účinok:
Hlásenie: Úvodné <input type="checkbox"/> Následné <input type="checkbox"/>	Požadujú sa doplňujúce informácie: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

PACIENT- ÚDAJE O PACIENTOVI			
Iničiály	Pohlavie muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>	Vek [roky]	Pacient <input type="checkbox"/> Lekár <input type="checkbox"/> Iný <input type="checkbox"/> špecifikujte:

AKÝ NEŽIADUCI ÚČINOK SA VYSKYTOL			
1.	2.	3.	4.
Dátum: *	Dátum: *	Dátum: *	Dátum: *
Bol pacient hospitalizovaný? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Zomrel pacient? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
Bol vykonaný lekársky/chirurgický zákrok? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			

POPIŠTE DETAILS PODOZRENIA NA NEŽIADUCI ÚČINOK A VYKONANÝCH ZÁKROKOV	
Pozn.: V prípade kontrastných látok prosím popíšte postup (napr. magnetická rezonancia- MRI, CT)	

PODOZRIVÝ LIEK/ ZDRAVOTNÍCKA POMOČKA							
Názov lieku/obsahová látka	Lieková forma	Celková denná dávka	Dávkovanie	Spôsob podania	Číslo šarže	Začiatok a koniec podania príp. dĺžka podávania	Indikácia podania lieku
Je zdravotnícka pomôcka dostupná na vrátenie? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Sériové číslo ZP:		Číslo modelu:			
Sériové číslo softveru:							

KTO NAHLÁSIL UDALOSŤ/POŠKODENIE	
Meno	
Adresa	
Telefón/Fax/ E-Mail	
Lekár <input type="checkbox"/> Pacient <input type="checkbox"/> Iná osoba <input type="checkbox"/>	špecifikujte:
Spojené s chybou v kvalite lieku (PTC) Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	

❶ PROSÍME, POŠLITE toto vyplnené hlásenie OKAMŽITE ODDELENIU FARMAKOVIGILANCIE spoločnosti Bayer: pharmacovigilance.sk@bayer.com.