Forma patvirtinta Lietuvos

Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. vasario 20 d.

įsakymu Nr. V-185

##### (Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) forma)

##### SVEIKATOS PRIEŽIŪROS AR FARMACIJOS SPECIALISTO PRANEŠIMAS APIE ĮTARIAMĄ NEPAGEIDAUJAMĄ REAKCIJĄ (ĮNR)

Paciento (-ės) inicialai ………; amžius ……; lytis: V / M (apibraukti);

svoris …… kg; ūgis .................cm

|  |  |
| --- | --- |
| Vaistas, kuris, tikėtina, sukėlė įtariamą nepageidaujamą reakciją (toliau – ĮNR) (prekinis ir bendrinis pavadinimas, biologinio vaisto serijos numeris)   Pradėtas vartoti m. ...............mėn. d. val.Baigtas vartoti m. ...............mėn. d. val. val. | Vartojimo būdas Paros dozė Indikacijos (kokiu tikslu vaistas buvo vartojamas)      |
| ĮNR aprašymas   ĮNR pradžia m. ..................mėn. .....d. .......val. ĮNR pabaiga m. ..................mėn. .....d. .......val.  |
| Ar manote, kad įtariama ĮNR sukėlė sunkių padarinių?  Taip NeJei taip, pabraukite atitinkamą padarinį: mirtis, pavojus gyvybei, hospitalizavimas, stacionarinio gydymo trukmės prailginimas, ilgalaikis ar reikšmingas neįgalumas, nedarbingumas, apsigimimas  ...........................................................................................................................................................ĮNR baigtis (tinkamą variantą pabraukite): pacientas pasveiko, sveiksta, ĮNR tebesitęsia, kita   |
| Ar vaistas, kuris, tikėtina, sukėlė ĮNR, buvo vartojamas (tinkamą variantą pabraukite): per klaidą vartotas ne tas vaistas, neteisingas vaisto paruošimas, vartojimo būdas, klaidinga dozė, atsitiktinis ar sąmoningas vaisto perdozavimas, piktnaudžiavimas vaistu, kita? ................................................ ............................................................................................................................................................. |
| Kiti vaistai, vartoti kartu su vaistu, kuris, tikėtina, sukėlė ĮNR (įrašykite pavadinimus). Jeigu kitų vaistų nevartota, įrašykite žodį „nevartojo“ | Vaistų vartojimas | Indikacijos |
| vartojimo būdas | paros dozė | pradžia (data) | pabaiga (data) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Papildoma informacija apie ĮNR (pvz.: anamnezė (alerginės reakcijos ir kt.), tyrimų rezultatai, įtariama vaistų sąveika, ĮNR atsinaujinimas pakartotinai pavartojus vaisto ir kt.)     |
| Pranešusio asmens vardas, pavardė Įstaiga, adresas Specialybė ............................. Telefonas, el. paštas .............................................................. Data.................................................. |
| Prašome nurodyti savo kontaktinius duomenis, kad Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos galėtų su Jumis susisiekti.Pateikti asmens duomenys yra konfidencialūs ir nebus perduoti ar atskleisti kitiems asmenims. |
| Pranešimą galima pateikti šiais būdais: - raštu adresu: Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Žirmūnų g. 139A, LT-09120 Vilnius;- nemokamu fakso numeriu (8 800) 20 131; - el. p. NepageidaujamaR@vvkt.lt.Formą rasite internete, adresu http://www.vvkt.lt |
| Ši forma skirta ir valstybės institucijoms, atsakingoms už sveikatos priežiūrą bei farmacinę veiklą, taip pat asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir farmacinę veiklą vykdantiems juridiniams asmenims bei sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų organizacijoms.  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_