Agencija za lijekove i medicinske proizvode

OBRAZAC ZA OBAVIJEST O PROPISIVANJU LIJEKA TAMIFLU ili RELENZA

u djece < 1 god, trudnica ili dojilja u slučaju proglašenja pandemije gripe A/H1N1

Ispuniti jedan obrazac za jednog pacijenta

DATUM OBAVIJESTI:	☐☐/☐☐/☐☐☐☐
PACIJENT:	Inicijali: ☐☐ Spol: ☐Ž ☐M
	Datum i godina rođenja: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

PODACI O PROPISANOM LIJEKU *(izaberite propisani farmaceutski oblik uz odgovarajuće ime lijeka)*		
Tamiflu (oseltamivir)	☐ 30 mg tvrde kapsule	
	☐ 45 mg tvrde kapsule	
	☐ 75 mg tvrde kapsule	
	☐ 12 mg/ml prašak za oralnu suspenziju	
Relenza (zanamivir)	☐ 5 mg/dozi, prašak za inhaliranje	
Ukupna dnevna doza::	☐☐ mg	
Indikacija:	☐ terapija	☐ profilaksa
Datum početka terapije	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	

PODACI O PACIJENTU		
☐ **Dijete 0 – 3 mj**		
☐ **Dijete 3 – 6 mj**		
☐ **Dijete 6– 12 mj**		
☐ **Trudnica**	Trajanje trudnoće u tjednima:	☐☐ tjedana
	Dosadašnji tijek trudnoće:	☐ uredan ☐ komplikacije
☐ **Dojilja**	Starost djeteta u mjesecima:	☐☐ mjeseci

PODACI O PRIJAVITELJU		
Ime i prezime		
Ustanova		
Adresa		
Kontakt telefon:		

_____
Potpis prijavitelja

Ispunjeni obrazac poslati telefaksom na: + 385 1 4884 110 ili poštom na adresu:
Agencija za lijekove i medicinske proizvode
Ksaverska cesta 4
10000 Zagreb

U slučaju sumnje na očekivanu ili neočekivanu nuspojavu lijekova Relenza i Tamiflu u djece mlađe od jedne godine, trudnica ili dojilja te u svih drugih pacijenta potrebno je ispuniti
Obrazac za prijavu nuspojave lijekova Tamiflu i Relenza