

Agencija za lijekove i medicinske proizvode

OBRAZAC ZA PRIJAVU NUSPOJAVE LIJEKA TAMIFLU ILI RELENZA
u slučaju proglašenja pandemije gripe A/H1N1

DATUM PRIJAVE:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm god		<input type="checkbox"/> Prva prijava <input type="checkbox"/> Dodatna prijava Br. <input type="text"/> <input type="text"/>	
PACIJENT	Datum rođenja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Inicijali:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Spol: <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M
PODACI O REAKCIJI					
Datum početka reakcije		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datum kraja reakcije		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Je li nuspojava dovela do nekog od slijedećih stanja?					
<input type="checkbox"/> Smrt <input type="checkbox"/> Hospitalizacija <input type="checkbox"/> Invalidnost <input type="checkbox"/> Ugroza života <input type="checkbox"/> Prirodna anomalija <input type="checkbox"/> Ostala ozbiljna medicinska stanja					
OPIS REAKCIJE (uključujući relevantne podatke laboratorijskih testova i procjenu stupnja uzročno posljedične veze između događaja i primijenjenog lijeka)					
Ishod: <input type="checkbox"/> Oporavak bez posljedica <input type="checkbox"/> Oporavak s posljedicom <input type="checkbox"/> Smrt <input type="checkbox"/> U tijeku <input type="checkbox"/> Nepoznato					
Nedjelotvornost lijeka			<input type="checkbox"/> Da		<input type="checkbox"/> Ne
Reakcija je prestala nakon prestanka uzimanja lijeka			<input type="checkbox"/> Da		<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Neprimjenjivo
Reakcija se ponovno javila nakon ponovnog uzimanja lijeka			<input type="checkbox"/> Da		<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Neprimjenjivo
PODACI O SUMNJIVOM LIJEKU					
Tamiflu (oseltamivir)	<input type="checkbox"/> 30 mg tvrde kapsule		<input type="checkbox"/> Profilaksa <input type="checkbox"/> Liječenje		
	<input type="checkbox"/> 45 mg tvrde kapsule				
	<input type="checkbox"/> 75 mg tvrde kapsule				
	<input type="checkbox"/> 12 mg/ml prašak za oralnu suspenziju				
Relenza (zanamivir)	<input type="checkbox"/> 5 mg/dozi, prašak za inhaliranje				
Ukupna dnevna doza	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg				
Datum početka terapije	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Datum kraja terapije	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
			Trajanje terapije	<input type="text"/> <input type="text"/> dana	
DRUGI LIJEKOVI U ISTODOBNOJ PRIMJENI					
Tvorničko ime	Generičko ime	Datum početka primjene	Indikacija		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
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