

# OBRAZAC PRIJAVE NEISPRAVNOSTI U KAKVOĆI LIJEKA

Telefon: 0800 480 008

Faks: (01) 4884 110

(01) 4884 120 (samo za hitne dojave koje mogu dovesti do povlačenja)

Ispunjava zdravstvena ustanova / druge pravne i fizičke osobe	Ispunjava Agencija za lijekove i medicinske proizvode
	Datum i sat zaprimanja prijave:
PRIJAVA NEISPRAVNOSTI JE: <input type="checkbox"/> VRLO HITNA <input type="checkbox"/> HITNA <input type="checkbox"/> BEZ OZNAKE HITNOSTI	KLASIFIKACIJA HITNOSTI: <input type="checkbox"/> klasa I <input type="checkbox"/> klasa II <input type="checkbox"/> klasa III
Naziv lijeka:	
Oblik lijeka:	
Jačina lijeka:	
Vrsta i veličina pakovanja:	
Broj serije:	
Rok valjanosti:	
Proizvođač/nositelj odobrenja:	

Opis neispravnosti:	Opis neispravnosti:
<p>Osoba/zdravstveni radnik koja prijavljuje neispravnost:</p> <p>Ime i prezime i potpis:</p> <p>Telefon:</p> <p>Tvrtka/ustanova (i adresa):</p>	
Datum i sat uočene neispravnosti:	
Broj raspoloživih uzoraka neispravnog lijeka:	<p>Dostavljeni uzorci lijeka:  DA/NE  broj uzoraka:  dostavio:  datum dostave:</p>
Poduzete mjere u odnosu na korisnika/inicijali bolesnika	
Datum i sat prijave:	Ime i prezime, potpis odgovorne osobe u Agenciji i datum: