1. pielikums
Ministru kabineta 2013. gada 22. janvāra
noteikumiem Nr. 47

ZĀĻU VALSTS AĢENTŪRAI

Jersikas iela 15, Latvija, Rīga, LV- 1003
Tālr.: 67078442, Fax.: 67078428,
E-pasts: info@zva.gov.lv

ĀRSTNIECĪBAS PERSONAS, FARMACEITA ZIŅOJUMS PAR ZĀĻU BLAKUSPARĀDĪBU

Ja, aizpildot ziņojuma veidlapu papīra formā, trūkst brīvas vietas informācijas sniegšanai, jāizmanto papildu papīra lapu un tā jāiesniedz kopā ar aizpildīto ziņojuma veidlapu. Par blakni, īpaši par būtisku blakni, ārstniecības persona un farmaceits ziņo Zāļu valsts aģentūrai, tiklīdz tiek pamanīta iespējamā saistība ar konkrēto zāļu lietošanu. Ja ziņošanas brīdī nav pieejama visa informācija, ārstniecības persona un farmaceits atkārtoti sagatavo ziņojumu, kurā ietverta papildinformācija, un nosūta to Zāļu valsts aģentūrai.

1.INFORMĀCIJA PAR ZIŅOTĀJU		**2.INFORMĀCIJA PAR PACIENTU**	
Vārds, uzvārds		**Vārda, uzvārda iniciāļi (vai kods)**	
Specialitāte		**Dzimums**	☐ V ☐ S
Sertifikāta numurs		**Vecums** (lūgums norādīt pilnu gadu vai mēnešu skaitu)	
Darbavietas adrese		**Svars** (lūgums norādīt precīzu svaru kilogramos)	
Kontaktinformācija (lai precizētu (ja nepieciešams) ziņojumā minēto informāciju, lūgums norādīt kontakttālruni un/vai e-pasta adresi)		**Slimnīca** (lūgums norādīt, ja pacients hospitalizēts)	

3.ZĀĻU BLAKNES APRAKSTS			
Reakcijas sākuma datums	(dd./mm./gggg.)	**Reakcijas sākuma laiks, plkst.**	
Apraksts (simptomi, laboratoriskie un citi izmeklējumi, zāļu blakusparādības ārstēšana)			

	Vai zāļu blakne izzuda	**Vai zāles lietotas pirmo reizi mūžā**
☐ Izraisīja pacienta nāvi		
☐ Apdraudēja pacienta dzīvību	☐Pilnīgi	☐ Jā ☐ Nē
☐ Bija nepieciešama pacienta hospitalizācija vai hospitalizācijas laika pagarināšana	☐Vēl nav pārgājusi	**Ja zāles lietotas atkārtoti, vai arī iepriekšējā reizē bija līdzīgas blaknes**
☐ Radīja paliekošu vai smagu invaliditāti vai darbnespēju	☐Ir paliekošas sekas	
☐ Ir iedzimta anomālija	☐Nav zināms	☐ Jā ☐ Nē
☐ Ir citā veidā medicīniski būtiska		

4.ZĀLES, KURAS IR IESPĒJAMAIS BLAKNES CĒLONIS

Zāļu nosaukums, forma un ražotājs, sērijas numurs	Ievadīšanas veids	Reizes deva / biežums	Lietošanas sākums	Lietošanas beigas	Lietošanas indikācija

5. CITAS ZĀLES, KURAS LIETOTAS PĒDĒJO TRIJU MĒNEŠU LAIKĀ (IESKAITOT PAŠĀRSTĒŠANOS)

Zāļu nosaukums un forma	Ievadīšanas veids	Reizes deva / biežums	Lietošanas sākums	Lietošanas beigas	Lietošanas indikācija

6. PAPILDINFORMĀCIJA. Piemēram: 1) par nopietnu blakusslimību, alerģiskām reakcijām , paaugstinātu zāļu jūtību, grūtniecību, būtiskiem izmeklējumu rezultātiem; 2) lietotas paralēli importētas zāles, paralēli izplatītas zāles vai nereģistrētas zāles; 3) vai zāles ir bioloģiskas izcelsmes zāles, piemēram, imunoloģiskie preparāti – vakcīnas, toksīni, serumi, alergēni, no cilvēka asinīm un plazmas iegūtās zāles, jaunievestās terapijas zāles, piemēram, gēnu terapijas zāles, somatisko šūnu terapijas zāles.

Ziņotāja paraksts	_____	Datums	_____
	(vārds, uzvārds)		(dd./mm./gggg.)

Parakstot ziņojumu, atļauju Zāļu valsts aģentūras darbiniekiem sazināties ar mani, lai precizētu ziņojumā minēto informāciju un uzdotu nepieciešamos papildjautājumus.

Aizpildīto ziņojuma veidlapu, lūdzu, iesniedziet Zāļu valsts aģentūrā personīgi vai nosūtiet pa pastu. Ziņojumu par iespējamo zāļu blakni var aizpildīt arī elektroniski (papildu informācija Zāļu valsts aģentūras tīmekļa vietnē www.zva.gov.lv).