

ZĀĻU VALSTS AĢENTŪRAI

Ziņojuma Nr.	(aizpilda Zāļu valsts aģentūras darbinieks)
--------------	--

PACIENTA ZIŅOJUMS PAR ZĀĻU BLAKUSPARĀDĪBU

Lūdzu, sniedziet pēc iespējas precīzāku informāciju par konstatēto zāļu blakusparādību. Ja, aizpildot ziņojuma veidlapu, trūkst brīvas vietas informācijas sniegšanai, lūdzu, izmantojiet papildu papīra lapu un iesniedziet to kopā ar aizpildītu ziņojuma veidlapu.

1. INFORMĀCIJA PAR ZIŅOTĀJU			
Vārds		Uzvārds	
Kontakttālrunis		E-pasts	
Lai precizētu (ja nepieciešams) ziņojumā minēto informāciju, lūgums norādīt kontakttālruni un/vai e-pasta adresi.			
2. INFORMĀCIJA PAR PERSONU, PAR KURU TIEK SNIEGTS ZIŅOJUMS			
<input type="checkbox"/> Par pašu ziņotāju		<input type="checkbox"/> Par citu personu (personu, kuras likumiskais vai pilnvarotais pārstāvis ir ziņotājs, – personas nepilngadīgo bērnu, personu, kura ir atzīta par rīcībnespējīgu)	
<input type="checkbox"/> Par ietekmi uz augli grūtniecības laikā		<input type="checkbox"/> Par ietekmi uz bērnu zīdīšanas laikā	
Vārds		Uzvārds	
Dzimums	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S	Svars (lūgums norādīt precīzu svaru kilogramos)	
Dzimšanas datums	(dd./mm./gggg.)	Vecums (lūgums norādīt pilnu gadu vai mēnešu skaitu)	

Lūgums norādīt vecumu pēc iespējas precīzāk. Ja nav zināms konkrēts dzimšanas datums, norādiet vecumu pilnos gados vai mēnešos.

3. ZĀĻU BLAKUSPARĀDĪBAS APRAKSTS

Reakcijas sākuma datums un laiks (dd./mm./gggg., plkst.)	Reakcijas beigu datums (ja reakcija ir beigusies) (dd./mm./gggg.)
Vai par konstatēto zāļu blakusparādību tika informēts personas ārsts	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē (Ja persona par zāļu blakusparādību ir informējusi ārstu, lūgums aizpildīt ziņojuma 7.punktu)
Lūdzu, īsi aprakstiet zāļu blakusparādību, sniedzot, Jūsaprāt, būtiskāko informāciju (īss simptomu apraksts, laboratorisko un citu izmeklējumu rezultāti, ja tādi ir pieejami, zāļu blakusparādības ārstēšana).	
Kādas bija zāļu blakusparādības sekas	<input type="checkbox"/> Izraisīja personas nāvi (dd./mm./gggg.) <input type="checkbox"/> Pēc personas domām, bija dzīvību apdraudošs stāvoklis <input type="checkbox"/> Bija nepieciešama hospitalizācija vai tās pagarināšana <input type="checkbox"/> Radīja paliekošu vai smagu invaliditāti vai darbnespēju <input type="checkbox"/> Ir iedzimta anomālija <input type="checkbox"/> Neviens no iepriekš minētajiem
Vai zāļu lietošana tika pārtraukta, konstatējot zāļu blakusparādību	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē

Vai zāļu blakusparādība izzuda	<input type="checkbox"/> Pilnīgi	<input type="checkbox"/> Ir paliekošas sekas
	<input type="checkbox"/> Vēl nav izzudusi	<input type="checkbox"/> Nav zināms
Vai zāles, kuras ir iespējama blakusparādības cēlonis, lietotas pirmo reizi mūžā	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	
Ja zāles lietotas atkārtoti, vai arī iepriekšējā reizē bija līdzīgas blakusparādības	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	
4. ZĀLES, KURAS IR IESPĒJAMĀS BLAKUSPARĀDĪBAS CĒLONIS		
Informācija par zālēm		
Zāļu nosaukums (informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)		
Reģistrācijas apliecības īpašnieks/paralēlais importētājs (informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)		
Zāļu sērijas numurs (informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)		
Lietošanas sākuma datums	(dd./mm./gggg.)	
Informācija par zāļu lietošanu		
Cik liela zāļu deva lietota vienā reizē (piemēram, 2 tabletes, 1 injekcija, cits variants)		
Cik bieži zāles lietotas (piemēram, divas reizes dienā, cits variants)		
Kādam mērķim lietotas zāles (kādu simptomu vai slimības ārstēšanai)		
Kur zāles tika iegūtas		
<input type="checkbox"/> Aptiekā	<input type="checkbox"/> Slimnīcā	
<input type="checkbox"/> Internetā (ja iespējams, norādiet tīmekļa vietnes adresi)		
<input type="checkbox"/> Ievestas no citas valsts (ja iespējams, norādiet valsti)		
<input type="checkbox"/> Citur (ja iespējams, norādiet citu ieguves vietu)		
5. CITAS ZĀLES, KURAS LIETOTAS PĒDĒJO TRIJU MĒNEŠU LAIKĀ		
Vai pēdējo triju mēnešu laikā tika lietotas vēl kādas zāles	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	

Zāļu nosaukums (aizpildīt, ja pēdējo triju mēnešu laikā tika lietotas vēl kādas zāles. Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)		
Zāļu nosaukums (aizpildīt, ja pēdējo triju mēnešu laikā tika lietotas vēl kādas zāles. Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)		
6. CITA INFORMĀCIJA (smaga blakusslimība, alerģija, paaugstināta jutība pret kādām zālēm, grūtniecība)		
7. INFORMĀCIJA PAR PERSONAS ĀRSTU		
Atļauju Zāļu valsts aģentūrai sazināties ar ģimenes ārstu vai citu ārstniecības personu (tajā skaitā ārstu, kuram tika sniegta informācija par konstatēto zāļu blakusparādību), lai precizētu (ja nepieciešams) ziņojumā minēto informāciju, kā arī informāciju par personas veselības stāvokli un lietotajām zālēm.		
<input type="checkbox"/> Jā, ar ģimenes ārstu	<input type="checkbox"/> Jā, ar citu ārstniecības personu	(ārstniecības personas vārds, uzvārds)
<input type="checkbox"/> Jā, citu	<input type="checkbox"/> Neatļauju	(ārstniecības personas prakses nosaukums, kontaktinformācija)
<input type="checkbox"/> Man nav zināms personas ģimenes ārsts/cita ārstniecības persona		
Ziņotāja paraksts		Datums
	_____	_____
	(vārds, uzvārds)	(dd./mm./gggg.)

Parakstot ziņojumu, atļauju Zāļu valsts aģentūras darbiniekiem sazināties ar mani, lai precizētu (ja nepieciešams) ziņojumā minēto informāciju un uzdotu nepieciešamos papildu jautājumus.

Dokumenta rekvizītu "Ziņotāja paraksts" neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.