

ZĀĻU VALSTS AĢENTŪRAI

Jersikas iela 15, Latvija, Rīga, LV- 1003
Tālr.: 67078400, 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	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S
Sertifikāta numurs		Vecums (lūgums norādīt pilnu gadu vai mēnešu skaitu)	
Darbvietas adrese		Svars (lūgums norādīt precīzu svaru kilogramos)	
Kontaktinformācija (lai precizētu (ja nepieciešams) ziņojumā minēto informāciju, lūgums norādīt kontaktāruni 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)	

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

4.ZĀLES, KURAS IR IESPĒJAMĀS BLAKNES CĒLONIS					
Zāļu nosaukums, forma un ražotājs, sērijas numurs	Ievadīšanas veids	Reizes deva / biežums	Lietošanas sākums	Lietošanas beigas	Lietošanas indikācija

5. CĪTAS 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, alergiskām reakcijām, paaugstinātu zāļu jutību, grūtniecību, būtiskiem izmeklējumu rezultātiem; 2) lietotas paralēli importētas zāles, paralēli izplatītas zāles vai neregistrētas 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).