

	Typ dokumentu: FORMULÁŘ	FORM-SOP-032/01/01
	HLÁŠENÍ NEŽÁDOUCÍHO ÚČINKU	
	Verze : 01	Strana : 1 / 2

INFORMACE O PŘIJATÉM HLÁŠENÍ		Číslo hlášení NÚ: (vyplní QA)		
Datum hlášení:		Čas hlášení:		
Hlášení přijal jméno a příjmení:				
Hlášení přijal útvar pracovníka:				
INFORMACE O PŘÍPRAVKU				
Název léčivého přípravku:				
Síla:				
Dávkování:				
Číslo registrace:				
Číslo šarže:		Exspirace:		
Indikace:				
Datum zahájení léčby:		Datum ukončení léčby:		
Byl produkt užíván v minulosti?			ANO ☐ NE ☐	
DALŠÍ POUŽÍVANÉ LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY:				
Produkt	Začátek	Konec	Dávkování	
INFORMACE O NEŽÁDOUCÍM ÚČINKU				
Popis účinku:				
Datum počátku nežádoucího účinku:				
Následná léčba:				
Jaká byla provedena další opatření? (léčba ukončena, změna v dávkování, jiná akce)				
Ustoupila reakce po přerušení léčby?			ANO ☐ NE ☐	
Objevila se reakce znovu po zahájení léčby?			ANO ☐ NE ☐	
Výsledek:				

INFORMACE O PACIENTOVI

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Pohlaví:

ŽENA

MUŽ

INFORMACE O OSOBĚ HLÁSÍCÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINEK:

Jméno a příjmení:

Kontaktní údaje

Telefon:

Email:

Adresa:

Souhlas s následným opětovným kontaktem v případě potřeby?

ANO

NE

Vztah k léčené osobě

Pacient sám:

☐

Lékárník:

☐

Lékař:

☐

Jiná:

☐

Další zdravotnická profese

☐

Jiná (prosím, uveďte):

Další zdravotnická profese (prosím, uveďte):