

# Ziņojums par zāļu blakusparādību (BP)

vigilance@grindeks.com www.grindeks.com www.kalceks.lv

Grindex



Ziņojuma saņemšanas datums:

Atkārtotais ziņojums:  Jā  Nē

## 1\*. INFORMĀCIJA PAR PACIENTU

Iniciāļi <input type="text"/>	Vecums <input type="text"/>	Dzimums <input type="text"/>	Vecuma grupa <input type="checkbox"/> Jaundzimušais <input type="checkbox"/> Bērns <input type="checkbox"/> Pieaugušais <input type="checkbox"/> Zīdains <input type="checkbox"/> Pusaudzis <input type="checkbox"/> Vecāka gadagājuma
<input type="checkbox"/> Vīrietis <input type="checkbox"/> Nav zināms <input type="checkbox"/> Sieviete <input type="checkbox"/> Cits			

Papildus būtiska informācija par pacientu (piem., augums un svars):

## 2\*. INFORMĀCIJA PAR ZIŅOTĀJU

Vārds, Uzvārds <input type="text"/>	Telefona Nr. <input type="text"/>	Ziņotāja kvalifikācija <input type="checkbox"/> Ārsts <input type="checkbox"/> Cits veselības aprūpes speciālists (lūdzu, precizējiet) <input type="checkbox"/> Pacients vai nespeciālists veselības aprūpes jomā <input type="checkbox"/> Farmaceits <input type="checkbox"/> Nav zināms
Valsts <input type="text"/>	E-pasts <input type="text"/>	

Papildus būtiska informācija par ziņotāju (piem., organizācija nosaukums, pilsēta):

## 3\*. ZĀLE (S), KURA (S) IR IESPĒJAMĀIS BLAKUSPARĀDĪBU CĒLONI

Zāļu nosaukums vai aktīvās vielas nosaukums <input type="text"/>	Lietošanas indikācijas <input type="text"/>	Reizes deva, vienības, ievadīšanas veids <input type="text"/>	Biežums <input type="text"/>	Pasākumi veikti attiecībā uz zālēm <input type="checkbox"/> Zāļu lietošanas pārtraukšana <input type="checkbox"/> Zāļu devas palielināšana <input type="checkbox"/> Nav zināms <input type="checkbox"/> Zāļu devas samazināšana <input type="checkbox"/> Deva nav mainījusies
Lietošanas sākums <input type="text"/>	Lietošanas beigas <input type="text"/>	Partijas numurs <input type="text"/>		

Papildus būtiska informācija par zālēm, kuras ir iespējama blakusparādību cēlonis (piem., derīguma termiņš):

## 4\*. ZĀĻU BLAKUSPARĀDĪBAS APRAKSTS

BP diagnoze. Ja diagnoze nav zināma, norādiet simptomu (us) <input type="text"/>	Sākuma datums <input type="text"/>	Iznākums <input type="checkbox"/> Pilnīga atveseļošanās <input type="checkbox"/> Nav atveseļojies <input type="checkbox"/> Paliekošas sekas <input type="checkbox"/> Nāve <input type="checkbox"/> Ir atveseļošanās stadijā <input type="checkbox"/> Nav zināms
Beigu datums vai norises <input type="text"/>	Vai BP ir būtiska? <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	Vai BP atrisinājās pēc zāļu devas samazināšanas vai pārtraukšanas? <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Nav zināms
Ja "jā", lūdzu, atzīmējiet vienu no kritērijiem zemāk <input type="checkbox"/> Nāve (dd/mm/gg) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizācija vai tā ieilgšana <input type="checkbox"/> Paliekoša vai smaga invaliditāte vai darbanespēja <input type="checkbox"/> Iedzimta anomālija <input type="checkbox"/> Dzīvību apdraudošs stāvoklis <input type="checkbox"/> Medicīniski būtisks notikums	Vai BP atkārtojas pēc zāļu lietošanas atsākšanas? <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Nav zināms	

Papildus būtiska informācija par zāļu blakusparādību (piem., nāves cēlonis, autopsijas rezultāti):

## PAPILDUS INFORMĀCIJA

Lūdzu, sniedziet attiecīgo informāciju par BP, slimības vēsturi, pavadošajām slimībām/stāvokļiem, vienlaicīgi lietotajām zālēm, izmeklējumiem un to rezultātiem

\* Obligāti aizpildāmie lauki

Ražotājs un veselības aprūpes speciālists veiks atbilstošus pasākumus, lai nodrošinātu, ka dotā informācija tiek atbilstoši uzglabāta saskaņā ar Personas datu aizsardzības likumu. Pirms jebkādas personīgas informācijas nodošanas pacienta vārds vai cita informācija, kas ļautu identificēt pacientu, tiks aizstāta ar kodu.