

**NUJNO**

- Spontano poročilo  
 Postmarketinška razisk.  
 Klinična raziskava  
 Poročilo iz tujine

**ZAUPNO!**

**POROČILO**  
**O NEŽELELEM ŠKODLJIVEM UČINKU**  
**ZDRAVILA (NUZ)**

<b>BOLNIK</b>	Začetnici imena in priimka	Datum rojstva	Spol	Telesna teža	Št. popisa / amb. kartona
---------------	----------------------------	---------------	------	--------------	---------------------------

<b>ZDRAVILO</b> (lastniško ime in učinkovina)  TISKANO	Farm. oblika	Odmereki	Način dajanja	Začetek zdravljenja (datum)	Konec zdravljenja (datum)	Indikacija - Diagnoza ali šifra po MKB-10
--	--------------	----------	---------------	-----------------------------	---------------------------	---

<b>DRUGA ZDRAVILA</b> (sočasno ali ali v zadnjih 3 mesecih) TISKANO						

Ni dobival(a) drugih zdravil

Dobival(a) skupno več kot 5 zdravil

<b>NEŽELEN ŠKODLJIV UČINEK ZDRAVILA (NUZ)</b>  Datum začetka:  Kratek opis:	<b>OPOMBE:</b>
---	----------------

<b>POSLEDICE RESNEGA NUZ</b> <input type="checkbox"/> smrt <input type="checkbox"/> neposredna življenjska ogroženost <input type="checkbox"/> invalidnost <input type="checkbox"/> hospitalizacija /podaljšanje hospitalizacije <input type="checkbox"/> kongenitalna malformacija	<b>DRUGI PODATKI</b> <input type="checkbox"/> popolno okrevanje po prekinitvi (dechallenge) <input type="checkbox"/> neželen učinek še traja <input type="checkbox"/> ponovitev po ponovni uporabi (rechallenge) <input type="checkbox"/> nadaljevanje z zmanjšanim odmerkom <input type="checkbox"/> potrebno specifično zdravljenje
--	--

<b>POROČEVALEC</b>  <input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> zobozdravnik <input type="checkbox"/> farmacevt <input type="checkbox"/> drugo zdr. osebo (navedite): <input type="checkbox"/> zastopnik <input type="checkbox"/> imetnik dovoljenja za promet <input type="checkbox"/> ostali	<b>Ime in priimek (lahko šifra):</b>  <b>Ustanova:</b>  <b>Naslov:</b>  <b>Telefon ali GSM:</b>  <b>E-mail:</b>  <b>Datum poročanja:</b>  <b>Podpis:</b>
---	--