

**Формуляр на Инбиотех за проследяване на НЛР  
V 1.0**

<b>АДМИНИСТРАТИВНИ</b>	
Първоначален/Проследяващ	
Вид на доклада:	
Медицински потвърдено:	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Дата на получаване: <small>дд/мм/гггг</small>	
вътрешен № (за проследяване):	номер
Рег. № към контролния орган:	
<b>ДОКЛАДВАЩ</b>	
Име:	
Адрес:	
Град:	
Държава:	
Телефон:	
Вид на докладващия:	
<i>Ако не е здравен специалист, уточнете</i>	
Дата на доклада:	
<b>ДАННИ НА ПАЦИЕНТА</b>	
Инициали:	
Пол:	
Занимание:	
Дата на раждане: <small>дд/мм/гггг</small>	
Ако липсва, възраст	години
Ако липсва, възрастова група	
Ръст	cm
Тегло	kg
<b>МЕДИЦИНСКА ИСТОРИЯ/РИСКОВИ ФАКТОРИ</b>	
Каквато и да е настояща и/или предишна свързана медицинска история (вкл. съпътстващи заболявания, алергия, тютюнопушене, злоупотреба с вредни вещества и предишно излагане на същото или	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Ако е избрано „Да“, уточнете

подобно Лекарство):	
<b>НЕЖЕЛАНА РЕАКЦИЯ (НР)</b>	
Докладвани НР	
Дата на възникване на НР: <i>дд/мм/гггг</i>	
Дата на спиране на НР: <i>дд/мм/гггг</i>	
Продължава по времето на доклада:	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Продължителност (ако < 24 часа):	_____ часа _____ минути
Резултат от НР:	
Дата на смъртта: <i>дд/мм/гггг</i>	
Извършена аутопсия:	<input type="checkbox"/> да _____ Дата _____ <input type="checkbox"/> не
Ако отговорът в горното поле е „Да”, моля запишете резултатите от аутопсията или обобщете доклада от аутопсията към Свързани лаб. Стойности, или го поискайте от докладващия	
Вероятна причина за смъртта:	
Описание: (Описание на събитието)	
<b>Сериозност</b>	<input type="checkbox"/> сериозна <input type="checkbox"/> не е сериозна
<b>Ако е сериозна:</b>	<b>Критерии за сериозност:</b>
	<input type="checkbox"/> Смърт <input type="checkbox"/> Продължителна или значима инвалидност/недееспособност
	<input type="checkbox"/> Животозастрашаваща <input type="checkbox"/> Вродено заболяване/дефект
	<input type="checkbox"/> Хоспитализация в лечебно заведение или продължителна хоспитализация <input type="checkbox"/> Важно медицинско събитие
<b>СВЪРЗАНИ ЛАБ. ТЕСТОВЕ:</b>	<i>Ако „Да”, моля уточнете по-долу или добавете информация</i>
	Дата: _____ Изследване и резултат: _____ Реф. граница: _____
	Дата: _____ Изследване и резултат: _____ Реф. граница: _____
	Дата: _____ Изследване и резултат: _____ Реф. _____

граница:

Дата: Изследване и резултат: Реф.

граница:

Дата: Изследване и резултат: Реф.

граница:

Дата: Изследване и резултат: Реф.

граница:

Дата: Изследване и резултат: Реф.

граница:

Дата: Изследване и резултат: Реф.

граница:

Дата: Изследване и резултат: Реф.

граница:

Дата: Изследване и резултат: Реф.

граница:

Дата: Изследване и резултат: Реф.

граница:

ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ	Форма	Приложение	Доза (единица)	Дневна доза	Начало дд/мм/гггг	Край дд/мм/гггг	Показание
Предполагаемо лекарство/лекарства							
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
Съпътстващо лекарство/лекарства							
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			
	Tab		mg	mg			

**ПРЕДПРИЕТИ ДЕЙСТВИЯ в отговор на нежеланата реакция**

Лекарствено лечение:	
<input type="checkbox"/> Продължава без промяна	Уточнете лекарство/лекарства:
<input type="checkbox"/> Променено	Уточнете лекарство/лекарства:
<input type="checkbox"/> Прекратено	Уточнете лекарство/лекарства:
Опишете с думи предприети спасителни мерки и проучвания, извършени в отговор на събитието	
Отшумяло ли е събитието след спирането на Лекарството?	
Възникнало ли е наново събитието след подновяване на приема?	
<b>УВЕДОМЛЕНИЕ</b>	
Докладвано ли е събитието на регулаторен орган?	<input type="checkbox"/> да      Дата <input type="checkbox"/> не