1.pielikums

Ministru kabineta\_\_\_\_\_\_gada

\_\_\_\_\_\_\_\_\_noteikumiem Nr.\_\_\_\_

#### ZĀĻU VALSTS AĢENTŪRAI

Jersikas ielā 15, Rīga, LV- 1003

**ĀRSTNIECĪBAS PERSONAS, FARMACEITA ZIŅOJUMS PAR ZĀĻU BLAKUSPARĀDĪBU**

Ja aizpildot ziņojuma veidlapu, trūkst brīvas vietas informācijas sniegšanai, lūdzu, izmantojiet papildus papīra lapu, kuru iesniedziet kopā ar aizpildītu ziņojuma veidlapu. Par būtisku zāļu blakusparādību, ja tā izraisījusi pacienta nāvi, apdraudējusi dzīvību, prasījusi pacienta hospitalizāciju vai esošās hospitalizācijas paildzināšanu, jāziņo Zāļu valsts aģentūrai nekavējoties vai nākošā darba dienā . Ziņojuma veidlapa jāaizpilda un jānosūta 7 dienu laikā, kopš tiek pamanīta būtiska zāļu blakusparādība. Pārējos gadījumos ziņojums par zāļu blakusparādību jānosūta iespējami drīz.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Informācija par ziņotāju** |  | **2. Informācija par pacientu** |  |
| **Vārds, uzvārds:** |  | **Vārda, uzvārda iniciāļi** **(vai kods):** |  |
| **Specialitāte:** |  | **Dzimums:** | □ V □ S |
| **Sertifikāta numurs:** |  | **Vecums:** | (Lūgums norādīt pilnu gadu vai mēnešu skaitu) |
| **Darba vietas adrese:** |  | **Svars:** | (Lūgums norādīt precīzu svaru kilogramos) |
| **Kontaktinformācija:** |  | **Slimnīca** | (Lūgums norādīt, ja pacients hospitalizēts) |

Lai nepieciešamības gadījumā precizētu ziņojumā minēto informāciju, lūgums norādīt kontakttālruni un/vai e-pasta adresi.

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Zāļu blakUSPARĀDĪBAS apraksts** |  |
| **Reakcijas sākuma datums:** | (DD/MM/GGGG) | **Reakcijas sākuma laiks,** **plkst.:** |  |
| **Apraksts (simptomi, laboratoriskie u.c. izmeklējumi, zāļu blakusparādības ārstēšana):** |
|  |
| □ Izraisīja pacienta nāvi | **Vai zāļu blakusparādība izzuda?** | **Vai zāles lietotas pirmo reizi mūžā?** |
| □ Apdraudēja pacienta dzīvību | □Pilnīgi  | □ Jā □ Nē |
| □ Bija nepieciešama pacienta hospitalizācija vai hospitalizācijas laika pagarināšana | □Vēl nav pārgājusi |  |
| □ Radīja paliekošu vai smagu invaliditāti vai darbnespēju | □Ir paliekošas sekas | **Ja zāles lietotas atkārtoti, vai arī iepriekšējā reizē bija līdzīgas blakusparādības?** |
| □ Ir iedzimta anomālija | □Nav zināms | □ Jā □ Nē |
| □ Ir citā veidā medicīniski būtiska |  |  |
| **4. Zāles, kuras ir iespējamais blakUSPARĀDĪBAS cēlonis** |
| **Zāļu nosaukums, forma un ražotājs, sērijas numurs** | **Ievadīšanas****ceļš** | **Reizes deva /****biežums** | **Lietošanas sākums** | **Lietošanas beigas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **5.citas zāles, kuras lietotas**  **pēdējo trīs mēnešu laikā (ieskaitot pašārstēšanos)** |
| **Zāļu nosaukums un forma**  | **Ievadīšanas****ceļš** | **Reizes deva /****biežums** | **Lietošanas sākums** | **Lietošanas beigas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **6. PAPILDINFORMĀCIJA (piemēram, par nopietnu blakusslimību, alerģiskām reakcijām, paaugstinātu zāļu jutību, esošu grūtniecību, par būtiskiem izmeklējumu rezultātiem)** |
|  |

Ziņotāja paraksts (paraksta atšifrējums)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datums (DD/MM/GGGG)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parakstot ziņojumu, atļauju Zāļu valsts aģentūras darbiniekiem sazināties ar mani, lai nepieciešamības gadījumā precizētu ziņojumā minēto informāciju un uzdotu nepieciešamos papildus jautājumus.

Aizpildīto ziņojuma veidlapu, lūdzu, iesniedziet Zāļu valsts aģentūrai personīgi vai nosūtiet pa pastu. Ziņojumu par iespējamo zāļu blakusparādību var aizpildīt arī elektroniski, tajā skaitā, iegūt papildus informāciju Zāļu valsts aģentūras tīmekļa vietnē – [www.zva.gov.lv](http://www.zva.gov.lv).

Veselības ministre I.Circene

21.11.2012. 10:50

384

S.Riekstiņa

67876115, Silvija.Riekstina@vm.gov.lv

I.Studere,

67078442, Inese.Studere@zva.gov.lv