2.pielikums

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

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

#### ZĀĻU VALSTS AĢENTŪRAI

Jersikas ielā 15, Rīga, LV- 1003

|  |  |
| --- | --- |
| Ziņojuma Nr.: | (Aizpilda Zāļu valsts aģentūras darbinieks) |

**PACIENTA ZIŅOJUMS PAR ZĀĻU BLAKUSPARĀDĪBU**

Lūdzu sniedziet pēc iespējas precīzāku informāciju par konstatēto zāļu blakusparādību. Ja, aizpildot ziņojuma veidlapu, trūkst brīvas vietas informācijas sniegšanai, lūdzu, izmantojiet papildus papīra lapu, kuru iesniedziet kopā ar aizpildītu ziņojuma veidlapu.

|  |
| --- |
| **1. Informācija par ziņotāju** |
| **Vārds:** |  | **Uzvārds:** |  |
| **Kontakttālrunis:** |  | **E-pasts:** |  |
| Lai nepieciešamības gadījumā precizētu ziņojumā minēto informāciju, lūgums norādīt kontakttālruni un/vai e-pasta adresi. |
| **2.Informācija par personu, par kuru tiek sniegts ziņojums** |
| □Par pašu ziņotāju | □ Par citu personu (personu, par kuru ziņotājs ir likumiskais vai pilnvarotais pārstāvis – personas nepilngadīgais bērns, persona, kura ir atzīta par rīcībnespējīgu) |
| □Par ietekmi uz augli grūtniecības laikā | □Par ietekmi uz bērnu zīdīšanas laikā |
| **Vārds:**  |  | **Uzvārds:** |  |
| **Dzimums:** | □ V □ S | **Svars:** | (Lūgums norādīt precīzu svaru kilogramos) |
| **Dzimšanas datums:**  | (DD/MM/GGGG) | **Vecums:** | (Lūgums norādīt pilnu gadu vai mēnešu skaitu) |
| Lūgums norādīt vecumu pēc iespējas precīzāk, ja Jums nav zināms konkrēts dzimšanas datums, norādiet vecumu pilnos gados vai mēnešos. |
| **3.Zāļu blakUSPARĀDĪBAS apraksts** |
| **Reakcijas sākuma** **datums un laiks:** | (DD/MM/GGGG, plkst.) | **Reakcijas beigu datums** **(ja reakcija ir beigusies):** | (DD/MM/GGGG) |
| **Vai par konstatēto zāļu blakusparādību tika informēts personas ārsts?** | □ Jā □ Nē(Ja persona par zāļu blakusparādību ir informējusi ārstu, lūgums aizpildīt ziņojuma 7.punktu) |
| **Lūdzu īsi aprakstiet zāļu blakusparādību, sniedzot, Jūsuprāt, būtiskāko informāciju (īss simptomu apraksts, laboratorisko un citu izmeklējumu rezultāti, ja tādi ir pieejami, zāļu blakusparādības ārstēšana).** |
|  |
|  | □Izraisīja personas nāvi (DD/MM/GGGG) |
|  | □Pēc personas domām bija dzīvību apdraudošs stāvoklis |
| **Kādas bija zāļu blakusparādības s sekas?** | □Bija nepieciešama hospitalizācija vai tās pagarināšana |
|  | □Radīja paliekošu vai smagu invaliditāti vai darbnespēju |
|  | □Ir iedzimta anomālija |
|  | □Neviens no iepriekš minētajiem  |
| **Vai zāļu lietošana tika pārtraukta, konstatējot zāļu blakusparādību?** |  □ Jā □ Nē |
| **Vai zāļu blakusparādība izzuda?** | □Pilnīgi  | □Ir paliekošas sekas |
| □Vēl nav pārgājusi | □Nav zināms |
| **Vai zāles, kuras ir iespējamais blakusparādības cēlonis, lietotas pirmo reizi mūžā?** |  □ Jā □ Nē |
| **Ja zāles lietotas atkārtoti, vai arī iepriekšējā reizē bija līdzīgas blakusparādības?** |  □ Jā □ Nē |
| **4.Zāles, kuras ir iespējamais blakUSPARĀDĪBAS cēlonis** |
| **Informācija par zālēm:** |
| **Zāļu nosaukums:** | (Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma) |
| **Reģistrācijas apliecības īpašnieks / paralēlais importētājs:** | (Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma) |
| **Zāļu sērijas numurs:** | (Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma) |
| **Lietošanas sākuma datums:** | (DD/MM/GGGG) |
| **Informācija par zāļu lietošanu:** |
| **Cik daudz zāles lietotas vienā reizē** **(piemēram, 2 tabletes, 1 injekcija, u.c.)?** |  |
| **Cik bieži zāles lietotas (piemēram, divas reizes dienā, u.c.)?** |  |
| **Kādam mērķim lietotas zāles (kādu simptomu vai slimības ārstēšanai)?** |
|  |
| **Kur zāles tika iegūtas?** |
| □Aptiekā | □Slimnīcā |
| □Interneta tīmeklī | (Ja iespējams, norādiet interneta tīmekļa adresi) |
| □Ievestas no citas valsts | (Ja iespējams, norādiet valsti) |
| □Citur | (Ja iespējams, norādiet citu ieguves vietu) |
| **5.citas zāles, kuras lietotas pēdējo trīs mēnešu laikā** |
| **Vai tika lietotas vēl kādas zāles pēdējo trīs mēnešu laikā?** | □ Jā □ Nē |
| **Zāļu nosaukums:** | (Aizpildīt, ja tika lietotas vēl kādas zāles pēdējo trīs mēnešu laikā. Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma) |
| **Zāļu nosaukums:** | (Aizpildīt, ja tika lietotas vēl kādas zāles pēdējo trīs mēnešu laikā. Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma) |
| **6.Cita informācija (Smaga blakusslimība, alerģija, paaugstināta jutība pret kādām zālēm, esoša grūtniecība.)** |
|  |
| **7.Informācija par personas ārstu** |
| **Atļauju Zāļu valsts aģentūrai sazināties ar ģimenes ārstu vai citu ārstniecības personu (tajā skaitā ārstu, kuram tika sniegta informācija par konstatēto zāļu blakusparādību), lai nepieciešamības gadījumā precizētu ziņojumā minēto informāciju, kā arī informāciju par personas veselības stāvokli un lietotajām zālēm.** |
| □ Jā, ar ģimenes ārstu | □ Jā, ar citu ārstniecības personu | (Ārstniecības personas vārds, uzvārds) |
| □ Jā, citu | □ Neatļauju | (Ārstniecības personas prakse nosaukums, kontaktinformācija) |
| □ Man nav zināms personas ģimenes ārsts/cita ārstniecības persona |  |  |

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. 10:55

648

S.Riekstiņa

67876115, Silvija.Riekstina@vm.gov.lv

I.Studere,

67078442, Inese.Studere@zva.gov.lv