

*İşarəli bütün hissələri doldurmağınızı və mümkün qədər çox məlumat verməyinizi xahiş edirik!

1 Əlavə təsirin müşahidə olunduğu şəxsə aid məlumatlar:

*Adı ,Soyadı və ya ad-soyadın baş hərfləri:

Cinsi: Qadın Kişi

*Yaşı ya da doğum tarixi:

Boyu:

Bədən kütləsi:

Digər məlumatlar (Pasiyentin xəstəlik tarixi, şəkər xəstəliyi, yüksək qan təzyiqi, allergiya kimi xəstəlikləri varmı, pasiyent hamilədirmi, hamilədirsə son aybaşı tarixi məlumatları və s.):

2 Əlavə təsir haqqında məlumatlar:

*Əlavə təsiri və necə meydana gəldiyini izah edin (yerləşmədikdə karta əlavə səhifə əlavə edə bilərsiniz) _____

Nə vaxt başladı? (dəqiq tarix bilinmirsə əlavə təsirin dərman istifadəsinə başladıqdan nə qədər vaxt sonra meydana gəldiyini yazma bilərsiniz) :

*Əlavə təsir pasiyentin həyatına necə təsir etdi? (uyğun olanı işarələməyiniz xahiş olunur)

- Yüngül Narahatedici,ancaq gündəlik həyatına təsir etmədi Gündəlik həyatına təsir etdi
 Xəstəxanaya yerləşdirilməsinə səbəb oldu Daimi əlilliyə səbəb oldu
 Anadangəlmə bir qüsura səbəb oldu
 Çox ciddi bir xəstəliyə səbəb oldu Ölümlə nəticələndi Digər _____

*Əlavə təsirin müşahidə olunduğu şəxsin indiki vəziyyəti necədi?

- Əlavə təsir tamamilə keçdi/sağaldı Sağalır Əlamətlər davam edir/sağalmadı
 Xəstəliyi ağırlaşdı Öldü Digər _____

Daha çox məlumat verə bilərsinizmi? Məsələn pasiyent əlavə təsirin müalicəsi üçün başqa dərmanlar istifadə etdimi? Əlavə təsire görə dərmanın istifadəsini dayandırdımı?



3 Əlavə təsirə səbəb olduğundan şübhə edilən dərmana aid məlumatlar:

***Dərman vasitəsinin adı:**

Dozası (məsələn 100 mq tablet, gündə 3 dəfə) :

Dərmanın istifadə səbəbi:

Başlanma tarixi:

Bitmə tarixi:

Əlavə təsir səbəbindən dərman vasitəsinin istifadəsi kəsildimi? Bəli Xeyr

İstifadə edilən dərman vasitəsinin keyfiyyəti ilə əlaqədar bir problemdən şübhə edirsinizsə, dərman vasitəsinin seriya nömrəsi və son istifadə tarixini göstərərək bu problemi qeyd etməyinizi xahiş edirik:

Eyni zamanda istifadə edilən başqa dərman vasitəsi varmı? Varsa bu dərmanlar haqqında da məlumat verməyinizi xahiş edirik. Birdən çox dərman üçün məlumat vermək istəyərsinizsə, səhifə əlavə edə bilərsiniz. İstifadə edilən bitki tərkibli məhsul və ya alternativ müalicələr varsa bunlarla əlaqədar ətraflı məlumat verin.

Digər dərman vasitəsinin adı:

Dozası (məsələn 100 mq tablet, gündə 3 dəfə) :

Dərmanın istifadə səbəbi:

Başlanma tarixi:

Bitmə tarixi:

Bu dərmanın da bildirdiyiniz əlavə təsirə səbəb ola biləcəyini düşünürsünüzmü? (xahiş edirik, uyğun xananı işarələyin) Bəli Xeyr Ola bilər

Əlavə təsir səbəbindən dərman vasitəsinin istifadəsi kəsildimi? Bəli Xeyr

4 Əlavə təsiri bildirən şəxs haqqında məlumatlar:

Əlavə məlumat ala bilmək üçün əlaqə məlumatlarınızı verməyiniz bizim üçün önəmlidir!

*Adı, Soyadı:

Telefon:

e-mail :

*Ünvanı:

Pasiyentin həkiminin adı, soyadı, ünvanı və ya işlədiyi tibb müəssisəsi (istəyə bağlı):

Daha ətraflı tibbi məlumata ehtiyacınız olduğu halda həkiminizlə əlaqə quracağınızı təsdiqləyirsinizmi? Bəli Xeyr

Kartı doldurduğunuz üçün təşəkkür edirik. Kartı Mərkəzimizə faks, e-mail və ya poçt vasitəsilə göndərə bilərsiniz.

Poçt adresi: Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Analitik Ekspertiza Mərkəzi Farmakonəzarət sektoru

AZ1065, Azərbaycan Respublikası; Bakı şəh., Fuad İbrahimbəyov küç., 31.

Faks: (+99412) 596-07-16 e-mail: adr@pharma.az

Suallarınız və məlumatlarınız üçün (+99412) 596-07-12 nömrəli telefonla bizimlə əlaqə qura bilərsiniz.