



A. XƏSTƏYƏ AİD MƏLUMATLAR						2. Əlavə Təsirin Ciddiliyi			
1. Xəstənin Adı və Soyadının baş hərfləri:		2. Doğum tarixi:		2a. Yaş:	3. Cinsi	4. Boyu: _____ sm	5. Bədən Kütləsi: _____ kq		
		Gün	Ay	İl	<input type="checkbox"/> Qadın <input type="checkbox"/> Kişi				
B. ƏLAVƏ TƏSİR (LƏR)						Ciddi <input type="checkbox"/> Ciddi olmayan <input type="checkbox"/>			
1. Əlavə Təsiri Təsvir Edin				Başlanma tarixi (Gün / Ay / İl)	Bitmə tarixi (Gün/Ay/İl)	Ciddirsə, aşağıdakı variantlardan uyğun olanı işarələyin:			
						<input type="checkbox"/> Ölüm			
						Gün   Ay   İl			
						<input type="checkbox"/> Həyat üçün təhlükəli			
						<input type="checkbox"/> Xəstəxanaya yerləşdirilməyə səbəb olma və/və ya xəstəxanada qalma müddətinin uzanması (...gün)			
						<input type="checkbox"/> Əmək qabiliyyətinin müvəqqəti və ya daimi itirilməsi, əlillik			
						<input type="checkbox"/> Anadangəlmə anomaliya və / və ya Anadangəlmə inkişaf qüsuru			
						<input type="checkbox"/> Tibbi cəhətdən vacib (izah etməyiniz xahiş olunur)			
						Xəstə öldü isə ölüm səbəbi :			
						Autopsiya(yarıqlma) aparıldı mı?			
						<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr			
						(Bəli isə əlaqədar sənədi əlavə edin.)			
3. Laboratoriya Nəticələri ( Tarixləri göstərməklə - Gün / Ay / İl )									
4. Əlaqədar Xəstəlik Tarixçəsi / Yanaşı Xəstəliklər: (Məsələn: Allergiya, hamiləlik, siqaret və spirtli içki istifadəsi, qaraciyər / böyrək çatışmazlığı, diabet, hipertenziya ... və s.) Anadangəlmə anomaliyalar üçün hamiləlik zamanı ananın istifadə etdiyi bütün dərman vasitələri və məruz qaldığı xəstəliklər ilə birlikdə son menstrasiya tarixini də göstərin. ( Gün / Ay / İl )									
C. İSTİFADƏ EDİLƏN DƏRMAN VASİTƏSİ(LƏRİ)									
1. Şübhəli Dərman Vasitəsinin Adı:	2. İstifadə qaydası:	3. Gündəlik doza:	4. Başlanma tarixi (gün/ay/il)	5. Bitmə tarixi (gün/ay/il)	6. İstifadəsinə göstəriş:	7. Dərman vasitəsinin istifadəsi kəsildimi?	8. Dərman vasitəsi kəsilincə və ya dozası azaldıldıqda Əlavə Təsir azaldımı?	9. Dərman vasitəsi yenidən istifadə edildimi?	10. Dərman vasitəsi yenidən istifadə edildikdə Əlavə Təsir təkrarlandı mı?
			Dərman vasitəsinin istifadəsinə davam edilirsə, DAVAM yazın. Bilinmirsə, istifadə müddətini qeyd edin.			<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil
						<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil
						<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil
11. Eyni zamanda istifadə olunan digər dərman vasitə(ləri): (yaranan əlavə təsirin müalicəsində istifadə olunanlar xaric)						12. Digər müşahidələr və şərh:(istifadə edilən dərman vasitəsinin keyfiyyəti ilə əlaqədar bir problemdən şübhə edilirsə, şübhə edilən məhsulun seriya nömrəsi və son istifadə tarixini göstərərək bu problemi qeyd etməyiniz xahiş edirik.)			
13. Əlavə təsirin müalicəsi:(müalicə üçün istifadə olunan dərman vasitələri və istifadə tarixləri (gün/ay/il) ilə birlikdə)									
D. BİLDİRİŞ GÖNDƏRƏN ŞƏXSƏ AİD MƏLUMATLAR						E. DƏRMAN VASİTƏSİNİN QEYDİYYAT VƏSİQƏSİNİN SAHİBİNƏ AİD MƏLUMATLAR (Yalnız dərman vasitəsinin qeydiyyat vəsiqəsinin sahibi tərəfindən edilən bildirişlərdə doldurulacaqdır):			
1. Adı, Soyadı :		2. İxtisası :		1. Dərman vasitəsinin qeydiyyat vəsiqəsinin sahibinin adı :		1a. Əlaqə məlumatları:			
		3. Tel:				Tel: Faks:			
4. Ünvanı :		5. Faks :		2. Farmakonəzarət üzrə məsul şəxsin Adı və Soyadı:		Ünvanı:			
		6. E-mail:				2a. Tel: Faks: E-mail.			
7. İmza :		8. Bildiriş firmaya da bildirildimi? <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Məlum deyil		2b. Ünvanı:		2c. İmzası:			
9. Bildiriş tarixi:		10. Bildirişin növü: <input type="checkbox"/> İlkin <input type="checkbox"/> Nəzarət		3. Dərman vasitəsinin qeydiyyat vəsiqəsinin sahibinin bildiriş nömrəsi:					
		Qeydiyyat nömrəsi:		4. Dərman vasitəsinin qeydiyyat vəsiqəsinin sahibinin ilk xəbərdar olduğu tarix:					
				5. Bildirişin AEM-ə bildirilmə tarixi:					
				6. Bildirişin növü: <input type="checkbox"/> İlkin <input type="checkbox"/> Nəzarət					

## KONFİDENSİALLIQ

Bildiriş kartındaki bütün məlumatların məxfiliyi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Analitik Ekspertiza Mərkəzi tərəfindən təmin olunur və heç bir vasitə ilə bildiriş göndərən şəxsə qarşı istifadə olunmur.

## NƏLƏRİ BİLDİRMƏK LAZIMDIR?

-Ciddi əlavə təsirlər (ölümə gətirib çıxaran, insan həyatını təhlükə altına qoyan, xəstəxanaya yerləşdirməyə və ya xəstəxanada qalma müddətini uzatmağa vadar edən, uzun müddət ərzində əmək qabiliyyətinin itirilməsinə və ya əlilliyə gətirib çıxaran və ya anadangəlmə inkişaf anomaliyasına və ya qüsura səbəb olan hər hansı mənfi reaksiya)

- ciddi olmayan əlavə təsirlər

- gözlənilən əlavə təsirlər (istifadə təlimatında göstərilən)

- gözlənilməz əlavə təsirlər (istifadə təlimatında göstərilməyən)

- effektivliyin olmaması barədə

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Analitik Ekspertiza Mərkəzi dərman vasitələri və digər tibbi məhsulların (bitki, ənənəvi və alternativ dərmanlar daxil olmaqla) istifadəsi zamanı görülən bütün şübhəli əlavə təsirlər barədə bildirişlərin göndərilməsini tövsiyə edir. Xüsusilə, xüsusi nəzarətdə olan dərman vasitələrinin istifadəsi zamanı görülən bütün əlavə təsirlər bildirilməlidir.

**Kartı mümkün olduğu qədər tam doldurun. Karta səhifə və sənəd əlavə edə bilərsiniz.**

## BİLDİRİŞ KARTININ GÖNDƏRİLMƏSİ



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



Tel.: (99412) 596-05-20

Qaynar xətt (99412) 596-07-12



adr@pharma.az



Onlayn Bildiriş:

<http://www.pharma.az/>

Bildiriş kartını aşağıda göstərilən linkdən yükləmək olar:

<http://www.pharma.az/>

