

**VĂ RUGĂM SĂ COMPLETAȚI FORMULARUL DE RAPORTARE
A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE**

Vă informăm, că Formularul conține date cu caracter personal.

Vă asigurăm, că aceste date vor fi prelucrate în conformitate cu Legea nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal.

INFORMAȚIE DESPRE PERSOANA CARE A SUFERIT REACȚIA ADVERSĂ (RA)		
* Nume și Prenume(NP) sau inițialele: _____		
* Data/luna/anul nașterii /Vârsta _____ * Sexul: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F * Masa corporală (kg): _____ * Înălțimea _____		
Orașul (Raionul) _____ Satul _____ Tel _____		
Obiceiuri: <input type="checkbox"/> Fumează <input type="checkbox"/> Consumă alcool Altele: _____		
Prezența sarcinii <input type="checkbox"/>		
*Alergie (de indicat la ce): <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		
Boli de care suferă persoana în cauză: _____		
* DESCRIEREA REACȚIEI ADVERSE (RA) (simptomele RA, cum a/au apărut):	*Data/ora apariției RA: __/__/__ __:__	* Selectați gravitatea reacției adverse: <input type="checkbox"/> Ușoară <input type="checkbox"/> Neplăcută, dar nu a afectat activitățile fizice <input type="checkbox"/> Gravă, încât să afecteze activitățile fizice <input type="checkbox"/> Gravă, încât să consultați un medic <input type="checkbox"/> A necesitat spitalizare <input type="checkbox"/> A cauzat decesul
Data/ora vindecării RA: __/__/__ __:__		
* Durata: _____		
MEDICAMENTUL (M) suspectat de producerea reacției adverse (RA)		
* Denumirea medicamentului suspectat _____		
Producătorul/Țara/Nr. seriei/ data fabricării (dacă dispuneți de informație) _____		
* Doza/ Regimul de administrare (ex. 1 comprimat de 100 mg de 2 ori pe zi) _____		
Pentru ce ați folosit medicamentul (maladia sau stări patologice) _____		
Începutul administrării medicamentului (data/luna/anul) __/__/__	Sfârșitul administrării medicamentului (data/luna/anul) __/__/__	Durata administrării medicamentului (zile) _____
*Medicamentul a mai fost utilizat anterior <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da (specificați dacă au fost RA) _____		
* ALTE MEDICAMENTE administrate concomitent (în același timp) <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da		
Dacă Da, vă rugăm să specificați care sunt aceste medicamente _____		
* Măsurile întreprinse pentru ameliorarea RA: <input type="checkbox"/> A fost întreruptă administrarea medicamentului suspect <input type="checkbox"/> A fost redusă doza medicamentului suspect <input type="checkbox"/> A fost întreruptă administrarea medicamentelor administrate concomitent <input type="checkbox"/> A administrat tratament pentru simptomele RA (cu ce a fost tratat (dacă dispuneți de informație)) <input type="checkbox"/> Fără tratament <input type="checkbox"/> Altele, de indicat _____	*Cum se simte persoana în cauză la momentul completării fișei: <input type="checkbox"/> Nu mai are simptomele descrise <input type="checkbox"/> Mai are simptome, dar se simte mai bine <input type="checkbox"/> Mai are simptome, starea nu s-a îmbunătățit <input type="checkbox"/> Starea s-a agravat <input type="checkbox"/> Persoana a decedat	
* Măsurile pentru ameliorarea RA au fost întreprinse de: <input type="checkbox"/> medic <input type="checkbox"/> asistent medical <input type="checkbox"/> farmacist <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> alți _____		
* Persoana care completează formularul: <input type="checkbox"/> Pacientul sau consumatorul preparatului medicamentos <input type="checkbox"/> Ruda pacientului <input type="checkbox"/> Medicul <input type="checkbox"/> Farmacistul <input type="checkbox"/> Asistentul medical Altă specificare _____	A comunicat reacția adversă: Nume Prenume: Adresa : **Telefon: **e-mail: *Data îndeplinirii fișei:	
Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii. În măsura în care dispuneți și de alte detalii, vă rugăm să completați și celelalte câmpuri, care sunt importante la rândul lor! ** Completați cel puțin una dintre informațiile de contact, în vederea obținerii, la necesitate, a unor date suplimentare.		