

**Pacientul
comunică**

FIȘA-COMUNICARE DESPRE REACȚIILE ADVERSE LA MEDICAMENTE /SAU LIPSA EFICACITĂȚII MEDICAMENTELOR ȘI ALTOR PRODUSE MEDICAMENTOASE

Confidențialitatea datelor de identitate menționate în acest formular va fi respectată !!!

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 Alte: _____		
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/№ seriei/ data fabricării (dacă dispuneți de informație)		
* Doza/ Regimul de administrare (ex. 1comprimat de 100mg de 2ori pe zi)		
Pentru ce ați folosit medicamentul (maladia sau stări patologice)		
Începutul administrării M(data/luna/anul) ___/___/___	Sfârșitul administrării M(data/luna/anul) ___/___/___	Durata administrării M (zile)
*Medicamentul a mai fost utilizat anterior <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da (specificați daca 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		

<p>*Măsurile întreprinse pentru ameliorarea RA:</p> <p><input type="checkbox"/> A fost întreruptă administrarea medicamentului suspect</p> <p><input type="checkbox"/> A fost redusă doza medicamentului suspect</p> <p><input type="checkbox"/> A fost întreruptă administrarea medicamentelor administrate concomitent</p> <p><input type="checkbox"/> A administrat tratament pentru simptomele RA (cu ce a fost tratat (dacă dispuneți de informație)) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fără tratament</p> <p><input type="checkbox"/> Altele, de indicat _____</p>	<p>*Cum se simte persoana în cauză la momentul completării fișei:</p> <p><input type="checkbox"/> Nu mai are simptomele descrise</p> <p><input type="checkbox"/> Mai are simptome, dar se simte mai bine</p> <p><input type="checkbox"/> Mai are simptome, starea nu s-a îmbunătățit</p> <p><input type="checkbox"/> Starea s-a agravat</p> <p><input type="checkbox"/> Persoana a decedat</p>
<p>* Măsurile pentru ameliorarea RA au fost întreprinse de:</p> <p><input type="checkbox"/> medic <input type="checkbox"/> asistent medical <input type="checkbox"/> farmacist <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> alți _____</p>	
<p>* Persoana care completează formularul:</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientul sau consumatorul preparatului medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Ruda pacientului</p> <p><input type="checkbox"/> Medic</p> <p><input type="checkbox"/> Farmacist</p> <p><input type="checkbox"/> Asistent medical</p> <p>Altă specificare _____</p>	<p>A comunicat reacția adversă:</p> <p>NP:</p> <p>Adresa :</p> <p>**Telefon:</p> <p>**e-mail:</p> <p>*Data îndeplinirii fișei:</p>
<p>Expediați fișa-comunicare la adresa: Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, Secția farmacovigilență și utilizare rațională a medicamentelor, MD-2028, mun. Chișinău, str. Korolenko 2/1, tel. 88-43-38, fax: 88-43-38, e-mail: farmacovigilenta@amed.md</p>	

Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii. În măsura în care aveți disponibilitate vă rugăm să completați și celelalte câmpuri deoarece sunt importante la rândul lor! ** Completați cel puțin una dintre informațiile de contact, în vederea obținerii, la necesitate, a unor date suplimentare.