

Образац за пријављивање нежељене реакције на медицинско средство за остале кориснике

Ако имате било какву нежељену реакцију на медицинско средство*, молимо Вас да попуните овај формулар и пошаљите нам га, било путем e-mail-а или поштом (адреса приказана на дну формулара). АЛИМС прикупља и обрађује све пријаве нежељених реакција на медицинска средства, како би се утврдили сви недостаци везани за медицинско средство и спречило да се сличне нежељене реакције поново десе. За више информација, контактирајте нас на телефон: +381 11 3951 158.

Ваши подаци:

Име и презиме _____

Адреса _____

Телефон _____ E-mail _____

Подаци о медицинском средству:

Врста медицинског средства _____

Произвођач _____

Назив медицинског средства/модел _____ Серијски бр. _____

Да ли сте обавестили произвођача? Да Не

Где је набављено медицинско средство?

Болница Клиника Дом здравља Апотека Продавница

Приватна болница Приватна клиника

Остало – име и адреса (ако је познато) _____

Име дистрибутера (ако је познато) _____

Опис нежељене реакције коју је проузроковало медицинско средство:

Када се догодила нежељена реакција? (дан/месец/година) _____

Где се медицинско средство сада налази? _____

Да ли је неко повређен? Да Не

Ако јесте, какав је исход: смрт? озбиљна повреда? мања повреда?

Опишите повреду и наведите податке о особи која је повређена: _____

Потпис: (није обавезан) _____ Датум: _____

Молимо Вас да наведете и све друге информације за које верујете да би могле бити од значаја и пошаљете попуњен формулар на e-mail: hugia@alims.gov.rs, или поштом на адресу: Агенција за лекове и медицинска средства Србије, Војводе Степе 458, 11 152 Београд.

*Све што Ви или неко други (лекар, стоматолог итд.) користи за лечење или дијагностику болести, санирање повреде или других медицинских проблема може да буде медицинско средство. Медицинска средства укључују фластере, инвалидска колица, инсулинске шприцеве, апарате за одређивање нивоа шећера у крви итд.