

Uputstvo za slanje prijave o neželjenim reakcijama na lijek

U slučaju dijagnostikovanja neželjene reakcije na lijek ili vakcinu, potrebno je popuniti odgovarajuću prijavu.

Formular za prijavu se otvara kroz Nalaz ljekara (1) ili kroz Eksterno povezivanje (2).

Slika 1. Otvaranje prijave neželjenih reakcija kroz nalaz

Slika 2. Otvaranje prijave neželjenih reakcija kroz Eksterno povezivanje

U odnosu na odabranu vrstu prijave (3), prikazaće se odgovarajući formular.

Slika 3. Odabir vrste prijave

Potrebno je popuniti sva obavezna polja u formularu.

Pri odabiru lijeka kroz pretragu, prvo je potrebno čekirati opciju "Svi lijekovi" (1).
 U polju za pretragu (2) kuca se naziv lijeka i iz padajuće liste se bira željeni (3).
 Time se popunjavaju relevantna polja ispod, a potrebno je popuniti i druga obavezna polja.
 Ukoliko želite obrisati unos, kliknite na dugme "Ukloni" (4).

Lijekovi pod sumnjom

[Dodaj lijek](#)

Pretraga lijekova **2** Filter lijekova **1** Prethodno ordinirani lijekovi
 Svi lijekovi

3

Redni br. lijeka iz Fonda

Broj serije lijeka

Način primjene*

Šifra lijeka iz Fonda

Lijek je pod sumnjom* Da Ne

Indikacija

Naziv lijeka*

Datum početka primjene lijeka*

Datum kraja primjene lijeka

Režim doziranja*

Šifra lijeka iz ClnMED-a*

Doza lijeka

Proizvođač lijeka - šifra iz fonda

Naziv proizvođača lijeka

4 [Ukloni](#)

Ukoliko postoje lijekovi u istovremenoj primjeni, i oni se mogu dodati u prijavu.

Lijekovi u istovremenoj primjeni

[Dodaj lijek](#)

1

Pretraga lijekova

Filter lijekova Prethodno ordinirani lijekovi
 Svi lijekovi

Redni br. lijeka iz Fonda

Broj serije lijeka

Način primjene*

Šifra lijeka iz Fonda

Lijek je pod sumnjom* Da Ne

Indikacija

Naziv lijeka*

Datum početka primjene lijeka*

Datum kraja primjene lijeka

Režim doziranja*

Šifra lijeka iz CALIMS-a*

Doza lijeka

Proizvođač lijeka - šifra iz fonda

Naziv proizvođača lijeka

[Ukloni](#)

Podaci o izvještaču

Ime i prezime

Šifra specijalnosti iz Fonda

Šifra opštine ustanove*

Telefon ustanove

Datum prijave

Mobilni telefon izvještača

Faksimil

Šifra ustanove

Adresa ustanove

E-mail ustanove

Kontakt telefon izvještača

[Zatvori](#) [Pošalji](#)

Ukoliko se popunjava prijava o neželjenoj reakciji na **vakcinu**, potrebno je popuniti drugačija polja, koja se otvaraju u zavisnosti od toga kakve reakcije pacijent ima.

Neželjena dejstva	
Datum nastanka uzgredne pojave*	<input type="text" value="10.10.2024."/>
Opšte uzgredne pojave	
Temperatura	<input checked="" type="radio"/> Da <input type="radio"/> Ne
Vrijednost izmjerene temperature	<input type="text" value="40"/>
Način mjerenja temperature*	<input type="text" value="Kožna"/>
Interval od momenta davanja vakcine do javljanja temperature	<input type="text" value="30 min"/>
Vrijeme trajanja temperature	<input type="text" value="cijelo jutro"/>
Anafilaktička reakcija	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Urtikarija	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Bronhospazam	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Otok lica ili vrata	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Perzistentni plač	<input checked="" type="radio"/> Da <input type="radio"/> Ne
Interval perzistentnog plača	<input type="text"/>
Vrijeme trajanja perzistentnog plača	<input type="text"/>
Hipotonija	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Akutna flakcidna paraliza	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Konvulzije	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Meningitis	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Encefalitis / encefalopatija	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Povećanje parotid patija	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Makulopapulozna ospa	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Trombocitopenija	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne
Ostalo	<input type="text"/>
Lokalne uzgredne pojave	
Crvenilo	<input checked="" type="radio"/> Da <input type="radio"/> Ne
Prečnik crvenila u cm	<input type="text"/>
Vrijeme trajanja crvenila	<input type="text"/>
Interval o momenta davanja vakcine do pojave crvenila	<input type="text"/>
Otok	<input type="radio"/> Da <input checked="" type="radio"/> Ne

Potrebno je čekirati polje "Svi lijekovi" i u pretragu unijeti naziv ili dio naziva vakcine, a odabirom stavke će se popuniti polja ispod.

Podaci o vakcini pod sumnjom

1 **Dodaj vakcinu**

1

Pretraga lijekova **3** Filter lijekova Prethodno ordinirani lijekovi **Svi lijekovi** **2**

Ditevaksal-T za odrasle susp.za inj 5 x 5ml (najmanje 40i.j./0.5ml+najviše 30i.j./0.5ml ED /) **4**

Ditevaksal-T susp.za inj 10 x 5ml (najmanje 40i.j./0.5ml+najmanje 30i.j./0.5ml ED /)

Datum isteka roka trajanja a*

Šifra vakcine iz Fonda* Vakcina je suspektna* Da Ne

Datum vakcinacije*

Broj serije Proizvođač vakcine

Mjesto primjene* Način primjene*

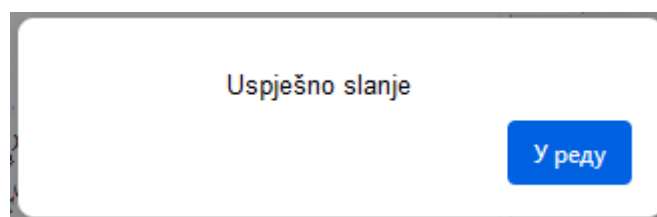
Tip doze po redu* Vakcinacija Revakcinacija Veličina doze

Šifra iz fonda Redni br. lijeka iz fonda

Naziv lijeka* Naziv proizvođača lijeka

Ukloni

Na kraju, automatski se popunjavaju podaci o izvještaču na dnu prijave. Klikom na “Pošalji” snimaju se podaci i javlja se poruka:



Kroz “Eksterno povezivanje” moguće je izmijeniti (1) i obrisati (2) prijavu. Na istoj stranici može se kreirati i nova prijava.

UNOSI I DOKUMENTI | DIJAGNOZE | **EKSTERNO POVEZIVANJE**

Eksterno povezivanje

Uput **Provjeri**

Snimi

Prijave reakcija na lijek

Lijekovi pod sumnjom	Datum prijave	Poslao/la	Dopuna prijave	Poništenje
Hemomycin tabl. film 3 x 500 mg	15.10.2024. 11:28	Admin Administrator	1	2

Nova prijava **3**