

**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ****1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ή ΑΡΧΙΚΑ ..... ΦΥΛΟ: ..... ΗΛΙΚΙΑ ..... ΒΑΡΟΣ .....

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ..... Εξωτερικός  Εσωτερικός  Καπνιστής  ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Αριθμός ιστορικού: ..... Κύρια νόσος .....

**2. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ**

	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΚΒΑΣΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
	ΕΝΑΡΞΗ	ΛΗΞΗ	
.....			<input type="checkbox"/> ίαση χωρίς βλάβες
.....			<input type="checkbox"/> ίαση με μόνιμες βλάβες
.....			<input type="checkbox"/> δεν έχει ακόμα αναρρώσει
.....			<input type="checkbox"/> καμμία βελτίωση
.....			<input type="checkbox"/> άγνωστη
.....			<input type="checkbox"/> άλλη
.....			<input type="checkbox"/> θάνατος
.....			(ημερ. θανάτου ...../...../.....)

**3. ΦΑΡΜΑΚΑ (εμπορική ονομασία)**

	ΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΟΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΝΔΕΙΞΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
			ΕΝΑΡΞΗ	ΛΗΞΗ	
ΥΠΟΠΤΑ					
ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ					

**4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ (Εργαστηριακές τιμές κ.λπ.)**

.....

.....

.....

.....

.....

**5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΓΙΑΤΡΟΥ**

Όνοματεπώνυμο .....

Διεύθυνση .....

Τηλέφωνο .....

Ειδικότητα .....

Ημερομηνία .....

ΧΩΡΙΣ ΤΕΛΟΣ  
Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ  
ΠΛΗΡΩΝΕΙ  
ΤΟ ΤΕΛΟΣ

## ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Αριθμός Πελάτη 30875215

155 85 ΧΟΛΑΡΓΟΣ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Συμπληρώστε ΟΣΑ στοιχεία του πίνακα διαθέτετε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ**

Αναφέρατε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμα και αν δε είσαστε βέβαιοι ότι οφείλονται στο φάρμακο. ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: **ΦΑΡΜΑΚΑ**

Συμπληρώστε ΟΣΑ στοιχεία διαθέτετε.

**ΠΡΟΣΟΧΗ!**

Τα ελάχιστα στοιχεία για να μπορέσει να αξιολογηθεί η κάρτα είναι:  
ΥΠΟΠΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ - ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ με ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ -  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ και ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΓΙΑΤΡΟΥ.