**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**

**MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE**

**AGJENCIA KOMBËTARE E BARNAVE DHE E PAJISJEVE MJEKËSORE**

**FORMULAR RAPORTIMI PËR DYSHIME NDAJ NJË EFEKTI TË PADËSHIRUAR TË BARIT**

**KUSH MUND TË RAPORTOJË?** Të gjithë pacientët

Ju lutem raportoni të gjitha efektet e padëshiruara të dyshuara përfshirë edhe ato që mund të jenë shkaktuar nga barnat e përdorura për vetë-mjekim. Mos hezitoni të raportoni edhe nëse ka ndonjë detaj që nuk e njihni.

**(\*)FUSHA TË DETYRUARA PËR TU PLOTËSUAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **DETAJE PËR PACIENTIN** | **INFO. ADMINISTRATIVE** |
| \*Emri dhe Mbiemri,ose, Inicialet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gjinia: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_ \*Mosha / Data e lindjes (DD/MM/VVVV) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pesha(kg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresa e Pacientit / Kontakt ( nr. Tel / e-mail etj) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Institucioni shëndetësor që keni marrë recetën (nëse jeni vetëmjekuar mos shkruani asgjë)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **BAR-I/-NAT I/E DYSHUAR/-A / VAKSINA** |
| **Bar-i/-nat e dyshuar***(Shkruani lëndën aktive dhe emrin tregtar të barit, shikoni sqarimin në fund të tabelës )* | **Doza** *(Sa mg, ml, mg/ml etj)* | **Sa herë në ditë e keni marrë barin** *(2 x 1 tabletë, 2x 2 pika në sy, etj )* | **Në cfarë rruge e keni marrë (nga goja, injeksion, pika në sy etj)** | **Data e fillimit të mjekimit** | **Data e ndërprerjes së mjekimit** | **Për cfarë shqetësimi/sëmundjeje jua dha mjeku këtë bar? Ose ju vetë, për cfarë shqetësimi/sëmundjeje vendosët ta merrnit?** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |
| ***\*Emri tregtar: .............. ; Lënda aktive: ......................*** |

|  |
| --- |
| **DETAJE LIDHUR ME EFEKTIN E PADËSHIRUAR TË BARIT** |
| Përshkrimi i efekt-it/-eve të padëshiruara/-a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data/-t e fillimit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data kur efekt-i/-et u ndërpre (nëse u ndërpre) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **REZULTATET PAS NDODHISË SË EFEKTIT TË PADËSHIRUAR** |
| Pacienti: \_\_\_\_ U shëruat; \_\_\_\_\_ Po shëroheni ; \_\_\_\_\_ Nuk ka përmirësim; \_\_\_\_\_ E panjohur;\_\_\_\_\_ Po shërohesh, me komplikacione ose dëmtime të përhershme \_\_\_\_\_\_\_ Vdekjeprurëse(Data e Vdekjes): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **HISTORIA MJEKËSORE E PACIENTIT LIDHUR ME EFEKTIN E PADËSHIRUAR** |
| *Ju lutem shkruani sa më shumë detaje të mundeni, për shembull: alergji, shtatëzani, duhanpirje, përdorim të alkoolit, rezultate laboratorike, mjekime të tjera që keni marrë gjatë kësaj kohe lidhur me rastin apo çdo të dhënë që ju e mendoni të rëndësishme lidhur me efektin e padëshiruar që po raportoni.* |
|  |
|  |

**FALEMINDERIT PËR KONTRIBUTIN TUAJ NË SIGURINË DHE EFIKASITETIN E SISTEMIT SHËNDETËSOR DHE NË ZHVILLIMIN E SISTEMIT TË FARMAKOVIGJILENCËS !**

***Siguria nuk ndodh aksidentalisht, tregohu vigjilent, raporto !***

“Efekt i padëshiruar” është shqetësimi shëndetësor që ndjeni, i ndryshëm nga sëmundja që ju vuani, i shkruar ose jo në fletudhëzuesin e barit, dhe që dyshoni se mund të vijë prej mjekimit që keni marrë. Ky efekt nuk është domosdoshmërisht i lidhur me barin, pasi ka shumë faktorë që mund t’iua shkaktojnë ju këtë shqetësim, duke nisur që nga kushtet në të cilat ju e keni ruajtur barin, regjimi ushqimor që mbani apo edhe respektimi i udhëzimeve që ju ka dhënë mjeku/farmacisti/dentisti juaj ose i udhëzimeve që keni të shënuara në fletudhëzues.

Të gjitha informacionet e shkruara në këtë formular janë konfidenciale, bazuar në LIGJIN NR.9887, DATË 10.03.2008 “PËR MBROJTJEN E TË DHËNAVE PERSONALE”

Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore mban përgjegjësi për çdo thyerje të fshehtësisë

**SI TË RAPORTOSH?** Kontaktoni AKBPM për cdo pyetje ose kërkesë, ose dërgoni email në : farmakovigjilenca@akbpm.gov.alFormularin e gjeni të aksesueshëm edhe në faqen zyrtare të Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajsjeve Mjekësore: [www.akbpm.gov.al](http://www.akbpm.gov.al)