



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Μεσογείων 284, 155 62 Χολαργός
www.eof.gr

Χολαργός, Μάιος 2014

Αγαπητοί Επαγγελματίες Υγείας,

Παρακαλούμε βοηθείστε στην παρακολούθηση της ασφάλειας των εμβολίων.

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων σας ενημερώνει:

Δεδομένου ότι οι εμβολιασμοί αφορούν ευαίσθητες ηλικιακά ομάδες, παρακαλείσθε όπως δείχνετε ιδιαίτερη προσοχή και αναφέρετε οποιοσδήποτε ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμη και στην περίπτωση που αυτές οφείλονται σε μειωμένη αποτελεσματικότητα, και που παρουσιάζονται στους ασθενείς σας κατά τον εμβολιασμό και για ένα εύλογο χρονικό διάστημα μετά από αυτόν (ακόμη και αν δεν είστε αυτός που πραγματοποίησε τον εμβολιασμό).

Κατά την αναφορά, παρακαλείσθε να παρέχετε όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού ιστορικού, οποιαδήποτε συγχορήγηση άλλου φαρμάκου, την ημερομηνία εμβολιασμού, την ημερομηνία εμφάνισης της ανεπιθύμητης ενέργειας, τη διάρκεια αυτής, τη σοβαρότητα καθώς και την έκβασή της.

Υπενθυμίζεται ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συνδέονται με τη χρήση οποιουδήποτε εμβολίου ή άλλου φαρμάκου μπορούν να αναφέρονται σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Αυθόρμητων Αναφορών στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων, Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενεργειών, με την υποβολή της Κίτρινης Κάρτας με τους εξής τρόπους:

- Ηλεκτρονική υποβολή της Κίτρινης Κάρτας μέσω της ιστοσελίδας του ΕΟΦ <http://www.eof.gr/web/quest/yellowgeneral>
- Έντυπη μορφή αποστολή μέσω ταχυδρομείου, ατελώς, στο Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενεργειών του ΕΟΦ (Μεσογείων 284, 15562) τηλέφωνο επικοινωνίας: 213-2040380 ή 213-2040337.
- Υποβολή μέσω ΦΑΞ στο 210 6549585.

Τα προσωπικά δεδομένα του αναφέροντος και του ασθενούς προστατεύονται πλήρως σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Ευχαριστούμε για τη συμβολή σας στην ενίσχυση του θεσμού της Φαρμακοεπαγρύπνησης.

Με τιμή,

Ο Πρόεδρος του ΕΟΦ
Δρ. Δημήτριος Λιντζέρης

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΙΘΑΝΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αρχικά Ασθενούς	Αριθμός Ιστορικού	Ηλικία	Βάρος	Ύψος	Φύλο
			Kgr	cm	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>

2. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ (ΑΕ)

Καταγράψτε τη ΔΙΑΓΝΩΣΗ ή τα σημεία & συμπτώματα	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΚΒΑΣΗ
	ΕΝΑΡΞΗΣ	ΛΗΞΗΣ	
			Στην στήλη αριστερά, σημειώστε 1 έως 6, ανάλογα με το αν η έκβαση της αντίστοιχης ΑΕ είναι: 1 = Θάνατος 2 = Δεν έχει ακόμη αναρρώσει 3 = Ίαση χωρίς βλάβες 4 = Ίαση με μόνιμες βλάβες 5 = Υπό ανάρρωση 6 = Άγνωστη
Θεωρείτε ότι κάποια από τις παραπάνω ΑΕ είναι σοβαρή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Εάν ΝΑΙ , σημειώστε γιατί η ΑΕ θεωρείται σοβαρή (σημειώστε όλα όσα αρμόζουν) :			
Πρόκληση Θανάτου <input type="checkbox"/>	Άμεσα Απειλητική για τη Ζωή <input type="checkbox"/>	Πρόκληση ή παράταση νοσηλείας <input type="checkbox"/>	Πρόκληση εμμένουσας ή σημαντικής αναπηρίας ή ανικανότητας <input type="checkbox"/>
			Συγγενής Ανωμαλία / Βλάβη κατά τον τοκετό <input type="checkbox"/>
			Σημαντικό Ιατρικό Συμβάν <input type="checkbox"/>
Σε περίπτωση θανάτου, αναφέρατε την αιτία: (εφόσον υπάρχει πόρισμα ιατροδικαστή παρακαλούμε επισυνάψτε)			Ημέρνια Θανάτου:

3. ΦΑΡΜΑΚΑ:

Εμπορική ονομασία / δραστική ουσία	Αριθμός Παρτίδας (Lot No.)	ΟΔΟΣ χορήγησης	ΔΟΣΗ (Μονάδες & Συχνότητα)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΝΔΕΙΞΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
				ΕΝΑΡΞΗΣ	ΛΗΞΗΣ	
ΥΠΟΠΤΑ						
ΣΥΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ						

4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ π.χ. Σχετικό Ιατρικό Ιστορικό (Αλλεργίες, Προηγούμενες ΑΕ, Περιβαλλοντικοί Παράγοντες, Κάπνισμα, Κατάχρηση ουσιών), Πορεία συμπτωμάτων, Εργαστηριακά ευρήματα, Συσχέτιση, Αντιμετώπιση.

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο:	Ιδιότητα Αναφέροντος
Διεύθυνση:	<input type="checkbox"/> Νοσ/κός Ιατρός, ειδικότητα: _____
Νοσ. Ίδρυμα:	<input type="checkbox"/> Νοσ/κός Φαρμακοποιός
Τηλ.:	<input type="checkbox"/> Ιδιώτης Ιατρός, ειδικότητα: _____
Υπογραφή:	<input type="checkbox"/> Ιδιώτης Φαρμακοποιός
Ημερομηνία:	<input type="checkbox"/> Άλλη, διευκρίνισε: _____

ΣΦΡΑΓΙΣΤΕ ΜΕ ΣΥΓΚΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΑΠΗΝ Η ΣΥΡΡΑΠΤΙΚΟ

ΣΦΡΑΓΙΣΤΕ ΜΕ ΣΥΓΚΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΑΠΗΝ Η ΣΥΡΡΑΠΤΙΚΟ

ΧΩΡΙΣ ΤΕΛΟΣ
Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ
ΠΡΗΡΩΝΕΙ
ΤΟ ΤΕΛΟΣ.

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Απαντητική Επιστολή
Αριθμ. Πελάτη 30875215
155 85 ΧΟΛΑΡΓΟΣ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ 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 δεν είσατε 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 ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ