

Manual për plotësimin e formularit online (pacient)

Të gjithë pacientët.



Hyr në adresën web www.akbpm.gov.al dhe kliko tek rubrika RAPORTO



Në fund të faqes që do te hapet më pas, kliko tek “Raporto si pacient” për të vazhduar me raportimin e efektit të padëshiruar.

Manual për plotësimin e formularit online (pacient)

Të gjithë pacientët.

DETAJE PËR PACIENTIN	INFO. ADMINISTRATIVE
* Emri dhe Mbiemri, ose, Inicialet _____	Emri i Qendrës Shëndetësore/spitalore : _____
Gjinia: F ____ M ____	
*Moshë / Data e lindjes (DD/MM/VVVV) _____	Numri i regjistrimit të pacientit (në regjistrin e Qendrës Shëndetësore): _____
Pesha (kg): _____	
Adresa e Pacientit / Kontakt (nr. Tel / e-mail etj) : _____	

Ky i referohet detajeve të pacientit të cilat duhen plotësuar, dhe do të përdoren vetëm në rast se lind nevoja që sektori të bëjë një vlerësim shkencor të rastit në fjalë dhe I duhet të dijë më shumë për historinë mjekësore të pacientit. Kjo e fundit arrihet vetëm duke u munduar ta kontakojmë me anë të detajeve e dhëna prej jush.

BAR-I-NAT I/E DYSHUAR/-A / VAKSINA						
Bar-i-nat e dyshuar (Shkruesi INN dhe emrin tregtar të barit)	Doza	Frekuenca e marrjes së barit	Mënyra e administrimit	Data e fillimit të mjekimit	Data e ndërprerjes së mjekimit	Indikacion-i/-et e përdorimit të bar-it/-nave
1.						

Në këtë seksion dhe në atë më poshtë kërkohen detaje lidhur me barin që ju dyshoni se ka shkaktuar efektin e padëshiruar dhe barnat që pacienti ka marrë njëkohësisht me mjekimin në fjalë. Detajet duhet të shkruhen, pasi nuk janë të rralla rastet kur efekti i padëshiruar shkaktohet si pasojë e mungesës së përdorimit të barnave sipas udhëzimeve të dhëna ose kur efekti i padëshiruar është shkaktuar si pasojë e ndërveprimeve të barit të dyshuar me barna të tjera të përdorura njëkohësisht me të apo edhe kur efekti i padëshiruar shkaktohet prej këtyre të fundit dhe jo prej barit që dyshon profesionisti I shëndetësisë.

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 shëruar; ____ Po shëroheni ; ____ Nuk ka përmirësim; ____ E panjohur; ____ Po shërohesh, me komplikacione ose dëmtime të përhershme ____ Vdekjeprurëse (Data e Vdekjes): _____

Manual për plotësimin e formularit online (pacient)

Të gjithë pacientët.

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.

Ky seksion duhet plotësuar me kujdes pasi jep të dhëna nëse efekti që po raportohet është serioz ose jo, apo edhe nëse datat e fillimit dhe mbarimit të efektit përputhen me datat e fillimit dhe mbarimit të mjekimit.

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

Një formular raportimi quhet I vlefshëm vetëm nëse ai përmban: Emrin e barit, Efektin e Padëshiruar, Pacientin dhe Raportuesin.