

# Manual për plotësimin e formularit online (profesionist shëndeti) Mjekët, Farmacistët, Stomatologët, Profesionistët e tjerë të shëndetit.



Hyr në adresën web [www.akbpm.gov.al](http://www.akbpm.gov.al) dhe kliko tek rubrika **RAPORTO**



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

# Manual për plotësimin e formularit online (profesionist shëndeti)

Mjekët, Farmacistët, Stomatologët, Profesionistët e tjerë të shëndetit.

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

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 është ndërprerë) : _____
<b>A e/i konsideroni efektin/efektet serioze ?</b> Po ___ Jo ___ Nëse po, ju lutem shpjegoni pse (shëni gjitha efektet që kanë ndodhur): ___ Pacienti vdiq si pasojë e reaksioni; ___ Shkaktoi hospitalizim ose e zgjati atë në kohë; ___ Kërkoi ndërprerje të 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. Me rëndësi nga pikëpamja mjekësore, ju lutem pesë detaje: _____ _____ _____
REZULTATET PAS NDODHISË SË EFEKTIT TË PADËSHIRUAR
Pacienti: ___ U rikuperua; ___ Po rikuperohet; ___ Nuk ka përmirësim; ___ E panjohur; ___ Po rikuperohet, me komplikacione ose dëmtime permanente ___ Fatale (Data e Vdekjes): _____

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.

# Manual për plotësimin e formularit online (profesionist shëndeti)

## Mjekët, Farmacistët, Stomatologët, Profesionistët e tjerë të shëndetit.

### 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.

### VEPRIMET E NDËRMARRA NGA PROFESIONISTI E SHËNDETIT PAS SHFAQJES SË EFEKTIT/REAKSIONIT TË PADËSHIRUAR

\_\_\_ Ndërprerje e Mjekimit    \_\_\_ Reduktim të dozës    \_\_\_  
Rritje të dozës    \_\_\_ Doza nuk pësoi asnjë ndryshim    \_\_\_  
E panjohur    \_\_\_ Asnjë nga të mësipërmet

Këtu kërkohet të deklaroni veprimet që ju keni ndërmarrë, nëse ka, historia mjekësore pacientit dhe rezultatet e efektit të padëshiruar në shëndetin e pacienit. Të tëra këto ndihmojnë në vlerësimin shkencor të mëtejshëm të rastit, në mënyrë që të arrihet në një përfundim të saktë dhe profesional për nivelin e lidhjes shkak-pasojë mes barit dhe efektit të padëshiruar

### TË DHËNAT E RAPORTUESIT

Emri Mbiemri (opsionale):	Profesioni:
Numri i telefonit:	E-mail:
Data e plotësimit të raportit:	Firma:

Seksioni i fundit është ai ku kërkohen detajet e raportuesit / profesionistit të shëndetësisë. Për arsye konfidencialiteti dhe mungese besueshmërie emri dhe mbiemri juaj janë detaje opsionale. Një mënyrë kontakti me ju, duhet të shkruhet me patjetër në formular, qoftë numër telefoni apo dhe adresë emaili, apo cdo rrugë tjetër komunikimi që ne mund të kemi me profesionistin.

#### SI TË RAPORTOSH?

Kontaktoni AKBPM për çdo pyetje ose kërkesë, ose dërgoni email në: [farmakovigjilencia@akbpm.gov.al](mailto:farmakovigjilencia@akbpm.gov.al)

Formularin e gjeni të aksesueshëm në faqen zyrtare të Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore: [www.akbpm.gov.al](http://www.akbpm.gov.al)

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 fideleshësisë

Dergo

Sigurohuni që në fund të klikoni tek butoni "Raporto" në mënyrë që raportimi juaj të shkojë në adresën e emailit të sektorit të farmakovigjilencës.