



**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?** Mjekët, Farmacistët, Stomatologët, Profesionistët e shëndetit.

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 ____	Emri i Qendrës Shëndetësore/spitalore : _____
*Mosha / 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) : _____	

BAR-I/-NAT I/E DYSHUAR/-A / VAKSINA						
Bar-i/-nat e dyshuar (Shkruani 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
<b>1.</b>						
<b>2.</b>						
<b>3.</b>						
<b>4.</b>						
<b>5.</b>						

**BAR/-NA TJETËR /TË TJERA**

(Të marra në të njëjtën kohë dhe/ose 3 muaj para efektit të padëshiruar)

<b>1.</b>						
<b>2.</b>						
<b>3.</b>						
<b>4.</b>						
<b>5.</b>						

**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) :

\_\_\_\_\_

**A e/i konsideroni efektin/efektet serioze ?** Po \_\_\_ Jo \_\_\_ Nëse po, ju lutem shpjegoni pse (shënoni të gjitha efektet që kanë ndodhur) :

\_\_\_ Pacienti vdiq si pasojë e reaksioni; \_\_\_ Shkaktoi hospitalizim ose e zgjati atë në kohë; \_\_\_ Kërcënues për jetën; \_\_\_ Anomali kongenitale; \_\_\_ Shkaktoi paaftësi (disabilitet ose mungesë kapaciteti) domethënëse ose të vazhdueshme;

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): \_\_\_\_\_

**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 lidhur me rastin apo çdo të dhënë që ju e mendoni të rëndësishme lidhur me efektin e padëshiruar që po raportoni.*

---

---

---

**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

**TË DHËNAT E RAPORTUESIT**

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

**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 përgjigja e padëshiruar ose e dëmshme e organizmit gjatë administrimit të një bari në kushte normale përdorimi

“Efekt i padëshiruar serioz” është çdo efekt i padëshiruar që rezulton në vdekje, është kërcënues për jetën, kërkon shtrim në spital të pacientit ose zgjatjen e periudhës së shtrimit në spital, rezulton në paaftësi ose paaftësi të përhershme apo të rëndësishme, ose është një anomali e trashëguar apo defekt në lindje.

“Efekt i padëshiruar i papritur” është çdo efekt i padëshiruar, natyra, rëndësia ose rezultati i të cilit nuk është në përputhje me përmbledhjen e karakteristikave të produktit.

**SI TË RAPORTOSH?** Kontaktoni AKBPM për çdo pyetje ose kërkesë, ose dërgoni email në :

[farmakovigjilenca@akbpm.gov.al](mailto:farmakovigjilenca@akbpm.gov.al)

Formularin e gjeni të aksësueshëm 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 fshehtësisë