

## NUTRIVIGILANCA - OBRAZEC – POROČILO O NEŽELENEM DOGODKU

### Podatki o osebi, ki poroča o neželenem dogodku

Ime			Pošt. št.	
Priimek				
Naslov				
Kraj				
Telefon				
Elektronski naslov				

S poročanjem o neželenem dogodku sem povezan/a kot:

potrošnik	<input type="checkbox"/>	zdravnik	<input type="checkbox"/>	prodajalec	<input type="checkbox"/>
starši	<input type="checkbox"/>	farmacevt	<input type="checkbox"/>	drugo:	<input type="text"/>

### Podatki o osebi, pri kateri se je zgodil neželeni dogodek

Začetnici imena in priimka ali poljubna šifra osebe (tri črke npr. JaN za Janez Novak)

Starost	<input type="text"/>	ali	Letnica rojstva	<input type="text"/>
Spol	ženska <input type="checkbox"/>		moški	<input type="checkbox"/>
Noseča?	da <input type="checkbox"/>		ne	<input type="checkbox"/>
			ne vem	<input type="checkbox"/>
Telesna teža	<input type="text"/>	kg		
Delo, ki ga opravljate	<input type="text"/>			

### Podatki o živilu oziroma izdelku, zaradi katerega so se pokazali neželeni učinki

	Izdelek 1	Izdelek 2	Izdelek 3
Ime izdelka			
Proizvajalec			
Št. Lota			
Namen izdelka (npr. za hujšanje, energijska pijača)			
Sestava (več možnosti)	Vitamini, minerali	Vitamini, minerali	Vitamini, minerali
(samo križec ali prepis sestavin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zdravilne rastline	zdravilne rastline	zdravilne rastline
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beljakovine, amino kisline	beljakovine, amino kisline	beljakovine, amino kisline
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sestavine lahko tudi fotografirate in nam čitljivo sliko pošljete na naslov:

[info@nijz.si](mailto:info@nijz.si).

Kraj nakupa

maščobne kisline		maščobne kisline		maščobne kisline	
drugo		drugo		drugo	
Slovenija		Slovenija		Slovenija	
izven Slovenije		izven Slovenije		izven Slovenije	
Internet		Internet		Internet	
Ne vem		Ne vem		Ne vem	

### Podatki o uživanju/jemanju izdelka

Datum pričetka

Datum zaključka

Odmerek

npr. 2 tableti/dan

Izdelek 1	Izdelek 2	Izdelek 3

So neželeni učinki ponehali po končanem jemanju izdelka?

da  ne  ne vem

Ste ponovno pričeli z uživanjem izdelka?

da  ne  ne vem

Če je tako, so se neželeni učinki ponovno pojavili?

da  ne  ne vem

### Opis neželenega dogodka

Datum nastopa prvih neželenih učinkov

Trajanje neželenih učinkov (npr. dva tedna, en dan)

Opis neželenega dogodka/učinkov


## Povezanost z zdravili in drugimi živili

Ali ste ob pojavu neželenih učinkov uživali kakšna zdravila?

(ime, proizvajalec)

da

ne

ne vem

Ali ste ob pojavu neželenih učinkov uživali alkoholne pijače?

da

količina

ne

ne vem

Za vnos podatkov se vam zahvaljujemo !

Obrazec nam posredujte na elektronski naslov: [info@nijz.si](mailto:info@nijz.si) ali po pošti na naslov:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana (s pripisom NUTRIVIGILANCA).