

UPITNIK ZA IZDAVANJE lijeka ellaOne 30 mg

Podaci upisani na temelju izjave osobe kojoj se izdaje *ellaOne tableta 30 mg*

MBO pacijentice		
Je li <i>ellaOne</i> tbl namijenjena za pacijenticu osobno?	DA	NE
Je li se nezaštićen spolni odnos dogodio unutar zadnjih 120 sati (5 dana)?	DA	NE
Prema izjavi pacijentice postoji li mogućnost da je pacijentica već trudna?	DA	NE
Kasni li mjesečnica? Ako da, koliko?	DA, _____	NE
Je li zadnji ciklus bio neuobičajen u bilo kojem pogledu (promjena u obilnosti krvarenja ili duljini trajanja)?	DA	NE
Nakon zadnje mjesečnice, je li pacijentica imala nezaštićeni spolni odnos prije ove situacije?	DA	NE
Je li pacijentica koristila <i>ellaOne</i> tbl nakon zadnje mjesečnice?	DA	NE
Uzima li pacijentica druge lijekove, uključujući OTC i biljne lijekove? Ako da, koje?	DA KOJE? _____	NE
Postoji li bilo kakav problem koji bi mogao utjecati na apsorpciju lijeka <i>ellaOne</i> tbl poput povraćanja, jake dijareje, upalne bolesti crijeva?	DA	NE
Je li poznata alergija ili kakva nuspojava na <i>ellaOne</i> tbl?	DA	NE
Je li pacijentica ikada imala izvanmateričnu trudnoću ili upalnu bolest zdjelice?	DA	NE

Potpis osobe kojoj se izdaje lijek _____

*Potpisom osoba kojoj se izdaje lijek potvrđuje da su gore navedene informacije istinite te da ju je ljekarnik upoznao s djelovanjem, sigurnošću primjene, nuspojavama i drugim važnim informacijama vezano za sigurnu primjenu *ellaOne* tablete, te da je iste razumjela.

Svi podaci o pacijentici su tajni. Isti se prikupljaju radi praćenja sigurnosti primjene ovog lijeka. Podaci dobiveni ovim formularom koristit će se sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka (NN 103/03).

Lijek je izdan	DA	NE, zašto?
Datum izdavanja lijeka		
Ime i prezime ljekarnika		
Potpis ljekarnika		