

Pacjenci

Ankieta ma na celu określenie bezpieczeństwa zażywania leków i najbardziej niekorzystnych interakcji lekowych u pacjentów w POZ. Badanie jest prowadzone z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia w ramach programu BEZPIECZNA PRAKTYKA FARMAKOLOGICZNA. Program ten ma na celu poprawę bezpieczeństwa stosowania leków na świecie. Badanie prowadzi Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce (TPJ; www.tpj.pl) pod nadzorem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ; www.cmj.org.pl), które jest jednostką podległą Ministrowi Zdrowia).

Do udziału w badaniu zapraszam pacjentów i ich osoby bliskie, opiekunów, rodzinę.

Wypełniając ankietę poprawiacie bezpieczeństwo i skuteczność leczenia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej.

1. Który z poniższych leków Pan/Pani zażywa? Proszę zaznaczyć.

- Agomelatyna** (*Valdoxan*)
- Alprazolam** (*Afobam, Alpragen, Alprox, Neurol, Xanax, Zomiren*)
- Arypirazol** (*Abilify, Apra, Arbit, Aripilek, Aripiprazole, Aripsan, Aryzalera*)
- Bromazepam** (*Lexotan, Sedam*)
- Citalopram** (*Aurex, Cipramil, Citabax, Cital, Citalopram, Citaxin, Citronil, Oropram, Pram*)
- Diazepam** (*Neorelium, Relanium*)
- Doksepina** (*Doxepin Teva*)
- Duloksetyna** (*Depratal, Duloxetine Mylan, Duloxetine Sandoz, Dulsevia, Dutilox*)
- Escitalopram** (*Aciprex, Depralin, Deprilept, Eliccea, Escipram, Mozarin, Pralex, Servenon*)
- Estazolam** (*Estazolam Espefa, Estazolam Polfarmex, Estazolam TZF*)
- Fluoksetyna** (*Andepin, Bioxetin, Fluoksetyna EGIS, Fluoxetin Polpharma, Fluxemed, Seronil*)
- Fluwoksamina** (*Fevarin*)
- Haloperydol** (*Haloperidol WZF*)
- Hydroksyzyna** (*Atarax, , Hydroxyzinum Hasco, Hydroxyzinum Polfarmex, Hydroxyzinum VP*)
- Klorazepan** (*Cloranxen, Tranxene*)
- Klozapina** (*Clopizam, Klozapol, Laponex*)
- Kwetiapina** (*Atrolak, Bonogren, Etiagen, Ketilept, Ketipinor, Ketrel, Kventiax, Kwetaplex*)
- Lit (węglan litu)** (*Lithium carbonicum GSK*)
- Lorazepam** (*Lorafen*)
- Mianseryna** (*Deprexolet, Lerivon, Miansec, Miansegen*)
- Mirtazapina** (*Mirtagen, Mirtor, Mirtazen, Remitra ORO*)
- Nitrazepam** (*Nitrazepam GSK*)
- Oksazepam** (*Oxazepam Espefa, Oxazepam TZF, Oxazepam GSK*)
- Olanzapina** (*Olanzapine, Olanzin, Ranofren, Zalasta, Zolafren, Zolaxa, Zyprexa, Zypadhera*)
- Paroksetyna** (*Arketis, PagroGen, Paroxinor, Paxtin, Rexetin, Seroxat, Xetanor*)
- Risperidon** (*Orizon, Ranperidon, Risperon, Rispolept, Ryspolit, Speridan, Torendo*)
- Sertralina** (*ApoSerta, Asentra, Asertin, Miravil, Sastium, Sertranorm, Setaloft, Zoloft, Zotal*)
- Tianeptyna** (*Aneptinex, Atinepte, Coaxil, Tianesal, Tymogen*)
- Trazodon** (*Trittico CR, Trittico XR*)
- Wenlafaksyna** (*Alventa, Efectin, Efevelon, Faxigen, Faxolet, Lefactin, Symfaxin, Velafax*)
- Zolpidem** (*Apo-zolpin, Hypnogen, Nasen, Onirex, Polsen, Stilnox, Zolpic, Zolsana*)

Zopiklon (*Apo-dream, Dobroson, Imovane, Senzop, Zopitin*)

2. Czy zaznaczone leki przyjmuje Pan/Pani jednocześnie? (np. rano)
3. Czy oprócz zaznaczonych już leków przyjmuje Pan/Pani także:
Lista leków.....
4. Czy lekarz rodzinny podczas wizyty zapoznaje się z listą leków jakie Pan/Pani przyjmuje?
TAK/NIE/NIE WIEM
5. Czy doświadczył Pan/Pani działania niepożądanego leku? TAK/NIE
6. Jeśli TAK. To na czym polegało to działanie niepożądane?
.....
7. Jeśli TAK, czy pamięta Pan/Pani po zażyciu jakich leków takie działanie wystąpiło?

Ile leków przyjmuje Pani/Pan na stałe każdego dnia?

nie przyjmuję leków na stałe 1-3 4-5 6-7 8 i więcej

Czy kiedykolwiek doświadczyła Pani / doświadczył Pan działania niepożądanego leku?

- nie
tak, ale nic z tym nie zrobiłam/zrobiłem
tak, zgłosiłam/zgłosiłem je, ale nie wymagało żadnej interwencji
tak, zgłosiłam/zgłosiłem je, wymagało one leczenia

Wiek

mniej niż 40 41-50 51-60 61-70 więcej niż 70