



FORMULÁŘ - oznámení výskytu nežádoucí zdravotní reakce po konzumaci potravin

Vážení spotřebitelé,

v níže uvedeném formuláři můžete popsat Vaši nežádoucí reakci po konzumaci potravin/doplňku stravy. **Tučně hvězdičkou vyznačené položky** jsou **povinné**, proto prosíme o jejich vyplnění.

Velmi důležité pro nás také budou Vaše kontaktní údaje, a to pro případ, že bude nutné další eventuální upřesnění informací.

Za Váš čas i poskytnuté informace předem děkujeme.

1. Údaje o osobě podávající informaci

Jste-li přímý spotřebitel hlásící nežádoucí zdravotní reakci, pokračujte bodem č. 2.

Jméno*, příjmení*, titul

Kvalifikace* (např. lékař, farmaceut, zdravotní sestra...)

Zpětný kontakt (telefonní číslo/email*)

Adresa (obec, PSČ*)

2. Údaje o spotřebiteli

Jméno, příjmení, titul, iniciály*

Pohlaví*

Věk*

Výška

cm

Hmotnost

kg

Profese (vypiš)

Zpětný kontakt (telefonní číslo/email*)

Adresa (obec, PSČ*)

3. Potravina/doplňek stravy podezřelá/ý z nežádoucího účinku

Název potravin/doplňku stravy*

Po jak velkém **množství*** a po jak dlouhé **době užívání*** potravin/doplňku stravy se nežádoucí zdravotní reakce objevila (vypište vlastními slovy)?

4. Charakteristika nežádoucího účinku po konzumaci potravin/doplňku stravy

Popis reakce* (trvání, průběh, příznaky, výsledek reakce...): vypište vlastními slovy

Přítomnost zvýšené tělesné teploty po konzumaci potravin/doplňku stravy* Ne x ano

Návštěva lékaře po objevení se reakce* Ne x ano

Jméno, kontakt, vyjádření ošetřujícího lékaře

5. Doplnující informace

Chcete-li si uvést další informace, které považujete za důležité nám sdělit, vypište prosím níže.

Př. akutní onemocnění v době objevení se reakce, chronická onemocnění, alergie/intolerance na potraviny/léky aj., užívání léků v době objevení se reakce/před objevením reakce, těhotenství v době objevení se reakce, konzumace alkoholu či kouření v době objevení se reakce/před objevením reakce, vyšší fyzická aktivita než obvykle v době objevení se reakce/před objevením reakce, návštěva exotické země v době před objevením se reakce, kde byla potravin/doplňek stravy zakoupen ...

Vyplněný formulář s hlavičkou Nutrivigilance zašlete na adresu:

SZÚ – Centrum zdraví, výživy a potravin, Palackého 3a, 612 42 Brno

UPOZORNĚNÍ!

Odesláním vyplněného formuláře dávám souhlas se zpracováním a evidováním mých osobních údajů a informací poskytnutých SZÚ, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., "o ochraně osobních údajů", za účelem hodnocení zdravotních rizik a případných doplňujících šetření. Souhlasím s předáním nezbytných informací organizacím státního dozoru definovaných v zákoně č. 258/2000 Sb., "o ochraně veřejného zdraví" a státním organizacím definovaných v zákoně č. 110/1997 Sb. "o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů". Vše ve znění pozdějších předpisů.