

**Dokument 2**

Klient č. CZ \_\_\_\_\_ (nevyplňujte)

**DOTAZNÍK UŽIVATELE VIOXXU**  
Vioxx Medical History Questionnaire

Vyplňte a doručte do sídla Ligy Ochrany Spotřebitele

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Předchozí jména \_\_\_\_\_

Adresa bydliště (ulice, číslo, město, stát) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PSC \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_ Datum narození \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Jak jste se o nás dozvěděl/a ?

\_\_\_\_\_  
Jméno, adresa a telefon přítele nebo příbuzného kterého je možné kontaktovat v případě  
potřeby \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že níže uvedené údaje jsou pravdivé a úplné.

Datum a **podpis pacienta** \_\_\_\_\_

## A. ANAMNÉZA UŽITÍ VIOXXU

1. Datum zahájení užívání Vioxxu \_\_\_\_\_
2. Datum ukončení užívání Vioxxu \_\_\_\_\_
3. Proč jste přestal/a Vioxx užívat ? \_\_\_\_\_
4. Předepsané množství/dávkování \_\_\_\_\_
5. Bylo předepsané dávkování zvýšeno ? \_\_\_\_\_
6. Datum a dávkování pokud bylo zvýšeno \_\_\_\_\_
7. Jméno, adresa a telefonní číslo lékaře, který Vioxx předepsal \_\_\_\_\_
8. Jméno, adresy a telefonní čísla míst kterými Vám byl Vioxx vydán \_\_\_\_\_
9. Ponechal jste si nějaké předepsané léky a/nebo lékovky ? \_\_\_\_\_ Pokud ano, prosíme, uchovejte je tak, aby bylo možné nám je v případě potřeby zaslat.

## B. LÉKAŘSKÉ INFORMACE

10. Proč vám byl předepsán Vioxx? \_\_\_\_\_
11. Utrpěl jste některou z následujících událostí ? Prosím zaznačte:  
Mozková mrtvice (uveďte datum) \_\_\_\_\_  
Infarkt (uveďte datum) \_\_\_\_\_  
Jiný (uveďte datum a popište jaký) \_\_\_\_\_  
V jakém stavu jste byl když se Vám to přihodilo ? \_\_\_\_\_  
Kdy jste naposledy užíval Vioxx před touto událostí (datum nebo časový údaj) ? \_\_\_\_\_  
Uveďte datum, kdy jste poprvé měl pocit, že Vám Vioxx uškodil/zhoršil váš zdravotní stav \_\_\_\_\_  
Řekl Vám někdy lékař, že jste utrpěl zranění/jiné poškození zdraví v souvislosti s užitím Vioxxu? (Např. mozková mrtvice, infarkt?) Pokud ano, kdy ? \_\_\_\_\_  
Měl jste v minulosti nějaká vážná onemocnění ? \_\_\_\_\_

Prosím uveďte všechny lékaře/zdravotní specialisty/poskytovatele zdravotní péče které jste navštívil v souvislosti s výše uvedenou událostí a užitím Vioxxu.

1. Lékař/nemocnice/klinika \_\_\_\_\_  
Specializace \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Důvod návštěvy \_\_\_\_\_



**Liga Ochrany Spotřebitele**  
Vinohradská 112  
Praha 3 130 00

Horká linka +420 **234600700**  
e-mail [informace@protivioxxu.com](mailto:informace@protivioxxu.com)  
web [www.protivioxxu.com](http://www.protivioxxu.com)

---