

Niepożądane działania leków – informacje i sposoby zgłaszania

Szanowni Państwo,

Zapraszamy do udziału w ankiecie poświęconej niepożądanym działaniom leków.

Ankieta stanowi część projektu badawczego realizowanego w ramach współpracy Katedry Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Polskiego Towarzystwa Bezpiecznej Farmakoterapii. Badanie ma na celu poznanie sposobu postrzegania przez pacjentów i osoby wykonujące zawody medyczne informacji o niepożądanych działaniach leków oraz metodach ich zgłaszania.

Udzielając odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie wyrażają Państwo zgodę na udział w badaniu ankietowym. Państwa odpowiedzi pozostaną anonimowe i zostaną wykorzystane wyłącznie na potrzeby pracy naukowej.

Przewidywany czas potrzebny na wypełnienie formularza to 15 minut.



W przypadku pytań lub komentarzy dotyczących ankiety, proszę o kontakt drogą mailową:

magdalena.niedzielko@wum.edu.pl

Pytanie wstępne

Czy posiada Pan/Pani wykształcenie konieczne do wykonywania zawodu:

lekarza, lekarza stomatologa, farmaceuty, felczera, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, ratownika medycznego lub technika farmaceutycznego?

Tak	<input type="radio"/>		Proszę przejść do pytania 1
Nie	<input type="radio"/>		Proszę wypełnić ankietę w wersji A

1. Z jakich źródeł korzysta Pan/Pani **najczęściej** szukając informacji o niepożądanych działaniach leków?

Charakterystyka produktu leczniczego	<input type="radio"/>
Materiały edukacyjne opracowane przez producenta leku	<input type="radio"/>
Internetowe bazy informacji o leku	<input type="radio"/>
Europejska baza danych zgłoszeń o podejrzewanych niepożądanych działaniach leków (https://www.adrreports.eu/)	<input type="radio"/>
Inne (proszę wpisać):	<input type="radio"/>
Nie sprawdzam takich informacji	<input type="radio"/>

2. Jakich informacji związanych z działaniami niepożądanymi brakuje wg Pana/Pani w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL)? (możliwy wybór kilku odpowiedzi)

Co zrobić, żeby uniknąć działań niepożądanych	<input type="radio"/>
Co zrobić, w razie wystąpienia działania niepożądanego	<input type="radio"/>
Po jakim czasie od rozpoczęcia stosowania leku wystąpi działanie niepożądane	<input type="radio"/>
Jak długo może utrzymywać się dane działanie niepożądane	<input type="radio"/>
Które grupy pacjentów są najbardziej narażone na działanie niepożądane	<input type="radio"/>
Innych informacji (proszę wpisać):	<input type="radio"/>
Uważam, że niczego nie brakuje	<input type="radio"/>

3. Proszę wskazać, w jakim stopniu uważa Pan/Pani poniższe stwierdzenia za prawdziwe:

		zdecydowanie nieprawdziwe	raczej nieprawdziwe	nie wiem	raczej prawdziwe	zdecydowanie prawdziwe
Niepożądane działanie leku to...						
...	niekorzystny objaw, który zaburza codzienne aktywności osoby stosującej dany lek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	drobny niekorzystny objaw, który nie wpływa znacząco na codzienne aktywności osoby stosującej dany lek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	niekorzystne działanie, które nie zostało opisane w ulotce dołączonej do opakowania.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	niekorzystne działanie, które wystąpiło gdy lek stosowano niezgodnie z zaleceniami producenta leku (np. błędne dawkowanie, sposób podania).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niepożądanych działań leków można zawsze uniknąć.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
W większości przypadków można przewidzieć, czy wystąpi dane działanie niepożądane.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplementy diety mogą powodować działania niepożądane.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Jak wyjaśniłby Pan/wyjaśniłaby Pani pojęcie **częste niepożądane działanie leku**?

Proszę opisać swoimi słowami.

Nie wiem.	<input type="radio"/>

5. Proszę wskazać liczbę leków i suplementów diety, które przyjął/przyjęła Pan/Pani wczoraj.

	0	1	2 – 5	6 – 9	≥10
Leki zalecone przez lekarza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leki przyjęte bez konsultacji z lekarzem*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplementy diety	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*jeśli jest Pan/Pani lekarzem/lekarką, proszę pominąć tę opcję					

6. Kiedy ostatnio wypełnił/a Pan/Pani zgłoszenie niepożądanego działania leku do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (lub bezpośrednio do producenta leku)?

W ostatnim tygodniu	<input type="radio"/>
W ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="radio"/>
W ciągu ostatniego roku	<input type="radio"/>
Ponad rok temu	<input type="radio"/>
Nie pamiętam	<input type="radio"/>
Nigdy nie wypełniałam/nie wypełniałem zgłoszenia działania niepożądanego	<input type="radio"/>

7. Czy kiedykolwiek zgłaszał/a Pan/Pani działanie niepożądane leku, które było przyczyną hospitalizacji lub inne ciężkie działanie niepożądane leku?

Nie wiem, jak definiowane jest ciężkie działanie niepożądane	<input type="radio"/>
Tak	<input type="radio"/>
Nie, ale byłem/byłam świadkiem takiego działania niepożądanego	<input type="radio"/>
Nie i nigdy nie byłem/nie byłam świadkiem takiego działania niepożądanego	<input type="radio"/>
Nie pamiętam	<input type="radio"/>

8. Z jakimi problemami spotkał/a się Pan/Pani zgłaszając działania niepożądane?
(możliwy wybór kilku odpowiedzi)

Nigdy nie zgłaszałem/nie zgłaszałam	<input type="radio"/>
Miałem/miałam trudności techniczne z uzupełnieniem formularza elektronicznego	<input type="radio"/>
Wypełnienie formularza/rozmowa telefoniczna zajęły więcej czasu niż planowałem/planowałam	<input type="radio"/>
Numer telefonu podany w ulotce/charakterystyce produktu leczniczego nie odpowiadał	<input type="radio"/>
Nie otrzymałam/otrzymałem informacji, czy zgłoszenie zostało przyjęte	<input type="radio"/>
Zgłaszałem/zgłaszałam bez problemów	<input type="radio"/>
Nie pamiętam	<input type="radio"/>
Inne problemy (proszę opisać):	<input type="radio"/>

9. Jakich informacji o sposobach zgłaszania niepożądanych działań leków Pan/Pani potrzebuje?
(możliwy wybór kilku odpowiedzi)

Jak zgłosić działanie niepożądane	<input type="radio"/>
Które działania niepożądane zgłaszać	<input type="radio"/>
Po co zgłaszać działania niepożądane	<input type="radio"/>
Trudno powiedzieć	<input type="radio"/>
Nie potrzebuję dodatkowych informacji	<input type="radio"/>
Inne (proszę wpisać):	<input type="radio"/>

10. Czy w rozmowach z pacjentami porusza Pan/Pani zagadnienia dotyczące niepożądanych działań leków, które stosują?

Często rozmawiam z pacjentami, z którymi mam kontakt o niepożądanych działaniach leków, które stosują	<input type="radio"/>
Rzadko rozmawiam z pacjentami, z którymi mam kontakt o niepożądanych działaniach leków, które stosują	<input type="radio"/>
Trudno powiedzieć	<input type="radio"/>
Nigdy nie rozmawiam z pacjentami, z którymi mam kontakt o niepożądanych działaniach leków, które stosują	<input type="radio"/>
W codziennej pracy nie mam lub rzadko mam kontakt z pacjentami	<input type="radio"/>

11. Co usprawniłoby sposób zbierania informacji o obserwowanych przez Pana/Panią niepożądanych działaniach leków? (możliwy wybór kilku odpowiedzi)

Ograniczenie obowiązku zgłaszania jedynie do przypadków ciężkich działań niepożądanych oraz niespodziewanych działań niepożądanych	<input type="radio"/>
Uproszczenie formularza zgłoszeniowego	<input type="radio"/>
Poszerzenie świadomości pacjentów o możliwości samodzielnego zgłoszenia działania niepożądanego	<input type="radio"/>
Nie mam uwag do obecnego systemu zgłaszania działań niepożądanych	<input type="radio"/>
Inne (proszę opisać):	<input type="radio"/>

12. Czy kiedykolwiek spotkał/a się Pan/Pani z oznaczeniem czarnego odwróconego trójkąta (poniżej) umieszczonym w ulotce leku lub innym materiale informacyjnym?

Tak	<input type="radio"/>	▼
Nie	<input type="radio"/>	
Nie wiem	<input type="radio"/>	

13. Wybrane leki są oznaczone w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL) symbolem czarnego odwróconego trójkąta i towarzyszącą mu informacją:

▼ *Niniejszy produkt leczniczy będzie dodatkowo monitorowany. Umożliwi to szybkie zidentyfikowanie nowych informacji o bezpieczeństwie. Użytkownik leku też może w tym pomóc, zgłaszając wszelkie działania niepożądane, które wystąpiły po zastosowaniu leku.*

Czy ta informacja zmienia Pana/Pani postrzeżenie bezpieczeństwa leku lub postępowanie w odniesieniu do leku, który jest nią opatrzony?

Proszę wskazać, w jakim stopniu uważa Pan/Pani poniższe stwierdzenia za prawdziwe:

	zdecydowanie	raczej nieprawdziwe	nie wiem	raczej prawdziwe	zdecydowanie prawdziwe
Lek jest mniej bezpieczny niż inne leki, które nie mają tej informacji w ChPL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wiadomo o tym leku mniej niż o innych lekach, które nie mają tej informacji w ChPL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lek jest szczególnie kontrolowany, zatem bezpieczniejszy od innych leków	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jestem bardziej skłonny/skłonna zgłosić działanie niepożądane takiego leku niż w przypadku innych leków	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informuję pacjentów stosujących taki lek, żeby zwracali uwagę na każde działanie niepożądane i je zgłaszali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postępuję tak samo, jak w odniesieniu do każdego innego leku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inne (proszę opisać):					

14. Proszę wskazać główny obszar Pana/Pani obecnej aktywności zawodowej:

lekarz/lekarka	<input type="radio"/>
lekarz stomatolog/lekarka stomatolożka	<input type="radio"/>
farmaceuta/farmaceutka	<input type="radio"/>
pielęgniarz/pielęgniarka	<input type="radio"/>
położny/położna	<input type="radio"/>
diagnosta laboratoryjny/diagnostka laboratoryjna	<input type="radio"/>
ratownik medyczny/ratowniczka medyczna	<input type="radio"/>
technik farmaceutyczny/techniczka farmaceutyczna	<input type="radio"/>
naukowiec/naukowczyni	<input type="radio"/>
nauczyciel akademicki/nauczycielka akademicka	<input type="radio"/>
przedstawiciel/przedstawicielka przemysłu farmaceutycznego	<input type="radio"/>
inne (proszę wpisać):	<input type="radio"/>

15. Czy w ramach Pana/Pani kształcenia przeddyplomowego/podyplomowego omawiano zagadnienia związane ze zgłaszaniem niepożądanych działań leków?

Tak	<input type="radio"/>
Nie	<input type="radio"/>
Nie pamiętam	<input type="radio"/>

16. Czy przed wypełnieniem tej ankiety kiedykolwiek brał/brała Pan/Pani udział w badaniu zawierającym identyczne lub podobne pytania na temat niepożądanych działań leków?

Tak	<input type="radio"/>
Nie	<input type="radio"/>

Dane demograficzne

Płeć

kobieta	<input type="radio"/>
mężczyzna	<input type="radio"/>
proszę wpisać własną odpowiedź:	<input type="radio"/>

Rok urodzenia (proszę wpisać)

Wykształcenie

podstawowe	<input type="radio"/>
zawodowe	<input type="radio"/>
średnie	<input type="radio"/>
wyższe	<input type="radio"/>

Miejsce zamieszkania

wieś	<input type="radio"/>
miasto do 50 tys. mieszkańców	<input type="radio"/>
miasto powyżej 50 tys. do 150 tys. mieszkańców	<input type="radio"/>
miasto powyżej 150 tys. do 500 tys. mieszkańców	<input type="radio"/>
miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	<input type="radio"/>

Województwo (miejsce zamieszkania)

dolnośląskie	<input type="radio"/>	podkarpackie	<input type="radio"/>
kujawsko-pomorskie	<input type="radio"/>	podlaskie	<input type="radio"/>
lubelskie	<input type="radio"/>	pomorskie	<input type="radio"/>
lubuskie	<input type="radio"/>	śląskie	<input type="radio"/>
łódzkie	<input type="radio"/>	świętokrzyskie	<input type="radio"/>
małopolskie	<input type="radio"/>	warmińsko-mazurskie	<input type="radio"/>
mazowieckie	<input type="radio"/>	wielkopolskie	<input type="radio"/>
opolskie	<input type="radio"/>	zachodniopomorskie	<input type="radio"/>
		na stałe mieszkam za granicą	<input type="radio"/>

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Jeśli ma Pan/Pani uwagi lub jest coś, czym chciałby/chciałaby się Pan/Pani podzielić,
proszę wpisać poniżej: