

InPharm Sp. z o.o	FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA PRODUKTU LECZNICZEGO DLA PACJENTA/OPIEKUNA PACJENTA	IP-Z02-SOP-PV-09-02
		Strona 1 z 2

ZGŁOSZENIE DOTYCZY:	Pani/Pana <input type="checkbox"/>	Pani/Pana dziecka <input type="checkbox"/>	innej osoby: <input type="checkbox"/>
----------------------------	---------------------------------------	---	--

DANE PACJENTA:	Inicjały	Data urodzenia/wiek	Płeć:	K	M	Masa ciała[kg]
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wzrost [cm]

DATA WYSTĄPIENIA OBJAWÓW		<u>Klasyfikacja</u> Czy działanie pożądane było: ciężkie?: TAK NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jeśli TAK, dlaczego reakcja została uznana za ciężką: <input type="checkbox"/> – zgon <input type="checkbox"/> – zagrożenie życia <input type="checkbox"/> – trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności <input type="checkbox"/> – hospitalizacja lub jej przedłużenie <input type="checkbox"/> – inne istotne wydarzenie medyczne
OPIS OBJAWÓW NIEPOŻĄDANYCH:		
Cięża : TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli TAK: tydzień ciąży		
Leczenie ambulatoryjne TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Leczenie szpitalne TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
WYNIK: <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia bez trwałych następstw <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia z trwałymi następstwami <input type="checkbox"/> jest w trakcie leczenia objawów <input type="checkbox"/> niewiadomy		

Data otrzymania zgłoszenia:

Numer zgłoszenia:

InPharm Sp. z o.o	FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA PRODUKTU LECZNICZEGO DLA PACJENTA/OPIEKUNA PACJENTA	IP-Z02-SOP-PV-09-02
		Strona 2 z 2

STOSOWANE LEKI						
Nazwa leku	zaznacz „P” jeżeli lek jest podejrzany o spowodowanie objawów	Dawka dobowa	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Powód stosowania leku

INFORMACJE DODATKOWE: np. wcześniejsze reakcje na lek, czynniki ryzyka, wyniki badań dodatkowych

DANE LEKARZA:

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na kontakt z lekarzem prowadzącym w celu uzyskania dodatkowych informacji?

TAK NIE

Jeśli TAK, proszę podać dane kontaktowe lekarza:

Imię i nazwisko

Specjalizacja

Adres:.....

Telefon.....

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

Imię i nazwisko

Adres

E-mail:..... Telefon:..... Fax:.....

data i podpis:

Data otrzymania zgłoszenia:

Numer zgłoszenia: