



**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

Imię i nazwisko: ..... Specjalizacja: .....  
Adres miejsca wykonywania zawodu:.....  
Telefon: ..... Fax: .....  
E-mail: ..... Data i podpis: .....

Aby zgłoszenie było ważne, musi zawierać przynajmniej:

1. Dane identyfikacyjne pacjenta
2. Opis działania niepożądanego (jednego lub więcej)
3. Nazwę produktu leczniczego / substancji czynnej, której stosowanie spowodowało podejrzenie działania niepożądanego.
4. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszającej

Wypełnienie pozostałych pól formularza ułatwi ocenę związku przyczynowo-skutkowego między produktem leczniczym a działaniem niepożądanym.

**DEPARTAMENT MONITOROWANIA  
NIEPOŻĄDANYCH DZIAŁAŃ PRODUKTÓW  
LECZNICZYCH**

**URZĄD REJESTRACJI PRODUKTÓW LECZNICZYCH, WYROBÓW  
MEDYCZNYCH I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH**

**Al. Jerozolimskie 181 C**

**02-222 Warszawa**

**tel. (22) 49 21 301**

**faks (22) 49 21 309**

**e-mail: [ndl@urpl.gov.pl](mailto:ndl@urpl.gov.pl)**