

**Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego
dla PACJENTÓW, ICH PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH LUB OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH**

- POUFNE -

Działaniem niepożądanym produktu leczniczego – jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego.

ZGŁOSZENIE DOTYCZY: Pani/Pana
 Pani/Pana dziecka
 innej osoby:

INFORMACJE O PACJENCIE:

Inicjały	Data urodzenia			Wiek	Płeć	K	M	Masa ciała	Wzrost
	Dzień	Miesiąc	Rok						
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

INFORMACJE O DZIAŁANIU NIEPOŻĄDANYM:

Data wystąpienia objawów:	Klasyfikacja
Opis objawów:	Czy działanie niepożądane było ciężkie?
	1.1.1 <input type="checkbox"/> NIE
	1.1.2 <input type="checkbox"/> TAK
	Gdy reakcja ciężka: zaznacz wszystkie punkty odpowiadające reakcji:
1.1.6 Wynik:	1.1.3 <input type="checkbox"/> zgon
<input type="checkbox"/> powrót do zdrowia bez trwałych następstw <input type="checkbox"/> jest w trakcie leczenia objawów	1.1.4 <input type="checkbox"/> zagrożenie życia
1.2 <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia z trwałymi następstwami (jakimi?)	<input type="checkbox"/> hospitalizacja lub jej przedłużenie
<input type="checkbox"/> brak powrotu do zdrowia <input type="checkbox"/> niewiadomy	<input type="checkbox"/> trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności
Czy w trakcie przyjmowania leków była Pani w ciąży:	<input type="checkbox"/> choroba, wada wrodzona lub uszkodzenie płodu
<input type="checkbox"/> Nie	1.1.5 <input type="checkbox"/> inne, istotne medycznie
<input type="checkbox"/> Tak; jeżeli tak, zaznacz tydzień ciąży	

INFORMACJE O STOSOWANYCH LEKACH:

Nazwa leku *:**	Dawkowanie (np. 20 mg 2 x dziennie)	Droga podania (np. doustnie)	Data rozpoczęcia przyjmowania leku	Data zakończenia przyjmowania leku	Przyczyna stosowania leku (np. nadciśnienie)

* Wpisz „P” przy leku **podejrzanym** o działanie niepożądane

** W przypadku **biologicznych produktów leczniczych** (np. szczepionki) podaj **nazwę** oraz **numer serii** leku.

INFORMACJE DODATKOWE: np. wcześniejsze reakcje na lek, alergie, inne choroby, wyniki badań dodatkowych

DANE LEKARZA:

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

- Nie
 Tak; jeżeli tak, proszę podać dane kontaktowe lekarza.

Imię i nazwisko: Telefon:

Adres:

E-mail:

1.2.1

1.2.2 DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

Imię i nazwisko: Telefon:

Adres:

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.

SOLPHARM Sp. z o.o.

05-270 MARKI, ul. ZAKĄTEK 1

tel. (22) 616 28 08 -mail: dz.n@solpharm.pl