

<b>FORMULARZ</b>		Pharmacovigilance
	<b>ZGŁOSZENIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO DLA PACJENTA</b>	Strona: 1/2

<b>Numer zgłoszenia (wypełnia Rapofarm w imieniu podmiotu odpowiedzialnego):</b>
<b>Data i godzina otrzymania przez podmiot odpowiedzialny:</b>

Proszę uzupełnić wszystkie pola oznaczone kolorem szarym oraz podać możliwie najwięcej dodatkowych informacji

### 1. Opis działania niepożądanego

Jakie objawy niepożądane obserwował Pan/Pani (proszę je wymienić)? Dodatkowo, proszę opisać ich przebieg.
---

**Jak silne było działanie niepożądane? / Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat określając dotkliwość objawów niepożądanego działania leku /**

- Łagodne (nie przeszkadzało w wypełnianiu codziennych obowiązków)
- Dotkliwe, konieczna była konsultacja z lekarzem
- Poważne, konieczny był pobyt w szpitalu
- zakończone zgonem
- inne....

**Kiedy rozpoczęły się niepożądane działania leku? (proszę podać datę)**

---

**Jak ocenia Pan/Pani obecny stan zdrowia ? / Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat /**

- Objawy ustąpiły całkowicie
- Objawy częściowo ustąpiły
- Objawy utrzymują się
- Objawy nasiliły się
- Inne.....

<b>Proszę podać, o ile to możliwe dodatkowe informacje.</b> /np.: czy podejmowano leczenie objawów niepożądanych? czy zaprzestano stosowania leku z powodu niepożądanych działań leku?, czy objawy cofały się po przerwaniu stosowania leku?/
--

### 2. Działanie niepożądane

<b>U kogo wystąpiło niepożądane działanie?</b>
<input type="checkbox"/> u Pani/Pana <input type="checkbox"/> u Pani/Pana dziecka <input type="checkbox"/> u innej osoby .....
<b>Dane osoby, u której wystąpiło działanie niepożądane – proszę wypełnić przynajmniej jedno z poniższych pól:</b>
Inicjały _____ Płeć: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta
<b>Wiek</b> _____ <b>Masa ciała</b> _____ <b>Wzrost</b> _____

<b>Inne istotne informacje</b> / dla przykładu stan chorobowy lub reakcja alergiczna?/
--

Zi|a|a

**ZGŁOSZENIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO  
PRODUKTU LECZNICZEGO DLA PACJENTA**

Strona: 2/2

**3. Leki, które mogły spowodować działania niepożądane**

Proszę podać szczegóły o lekach, które mogły spowodować działanie niepożądane.

**Nazwa leku :** na receptę  bez recepty**Dawkowanie (przykładowo: tabletką 250 mg, dwa razy dziennie)****Powód stosowania leku:****Data rozpoczęcia leczenia:****Data zakończenia leczenia:**Czy przerwano stosowanie leku z powodu niepożądanego działania  Tak  Nie

Jeżeli przyjmował Pan/Pani inne leki w tym samym czasie (które mogły spowodować interakcje) proszę podać o nich informacje.

Nazwy innych przyjmowanych leków (jeżeli dotyczy)  na receptę  bez recepty**Dawkowanie (przykładowo: tabletką 250 mg, dwa razy dziennie)****Powód stosowania leku:****Data rozpoczęcia leczenia:****Data zakończenia leczenia:**Czy uważa Pan/Pani, że któryś z wymienionych powyżej leków mógł spowodować działanie niepożądane  Tak  Nie   
Możliwe**Jeżeli tak, to czy umie Pan/ Pani wskazać, który to lek (proszę podać nazwę leku):**Czy przerwano stosowanie leku z powodu niepożądanego działania  Tak  NieCzy przyjmował Pan/Pani w ostatnim czasie jakieś inne lekarstwa lub leki ziołowe?  Tak  Nie

Jeżeli tak, to proszę wymienić jakie

Nazwa leku

**4. Lekarz prowadzący**

Czy chciałby/aby Pan/Pani abyśmy skontaktowali się z lekarzem prowadzącym ?

 Tak  Nie

Jeśli tak, proszę podać nazwisko lekarza i adres

**Imię i nazwisko lekarza:****Adres:****Kod pocztowy:****5. Informacje o osobie zgłaszającej****Imię i Nazwisko:****Adres:****Kod pocztowy:****Numer telefonu lub e-mail:****Data:**