

<b>FORMULARZ</b>		Pharmacovigilance
	<b>ZGŁOSZENIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO DLA PACJENTA</b>	Strona: 1/3

- POUFNE -

- 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:	<u>Klasyfikacja</u>  Czy działanie niepożądane było ciężkie?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Zaznacz wszystkie punkty odpowiadające reakcji:
Opis objawów:	
Wynik: <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia bez trwałych następstw <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia z trwałymi następstwami <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia objawów <input type="checkbox"/> inne .....	<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
Czy w trakcie przyjmowania leków była Pani w ciąży: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak; jeżeli tak, zaznacz tydzień ciąży .....	

**INFORMACJE O LEKACH:**

Nazwa leku	Zaznacz „P”, jeżeli lek podejrzany jest o spowodowanie objawów	Dawkowanie (np. 20 mg 2 razy dziennie)	Droga podania (np. doustnie)	Data rozpoczęcia przyjmowania leku	Data zakończenia przyjmowania leku	Przyczyna stosowania leku (np. nadciśnienie)

<b>FORMULARZ</b>		Pharmacovigilance
	<b>ZGŁOSZENIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO DLA PACJENTA</b>	Strona: 2/3

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: .....

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

Imię i nazwisko ..... Telefon:.....  
Adres .....  
E-mail: ..... Data i podpis.....

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

Aby zgłoszenie było ważne, musi zawierać przynajmniej:

1. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszającej
2. Dane identyfikacyjne pacjenta
3. Nazwa produktu leczniczego / substancji czynnej, której stosowanie spowodowało podejrzenie działania niepożądanego.
4. Działanie niepożądane (jedno lub więcej)

Wypełnienie pozostałych pól formularza ułatwi ocenę przypadku.

**DEPARTAMENT MONITOROWANIA  
NIEPOŻĄDANYCH DZIAŁAŃ PRODUKTÓW  
LECZNICZYCH**

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

**Ul. Ząbkowska 41  
03-736 Warszawa  
tel. (22) 49 21 301  
faks (22) 49 21 309**

*Uprzejmie informujemy, że podane we wniosku przez Panią/a dane osobowe będą przetwarzane i administrowane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, ul. Ząbkowska 41, 03-736 Warszawa w celu złożenia zgłoszenia działania niepożądanego.*

*Jednocześnie informujemy iż Pani/a dane NIE będą przekazywane innym podmiotom oraz że ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania w wyżej opisanym celu, a także prawo zażądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych. Podanie ww. danych jest dobrowolne.*