

**Tylko do użytku Farmapol**

Numer \_\_\_\_\_

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny/Data otrzymania publikacji przez podmiot odpowiedzialny \_\_\_\_\_

Osoba przyjmująca zgłoszenie \_\_\_\_\_ Podpis osoby przyjmującej \_\_\_\_\_

**1) INFORMACJE O PACJENCIE**

Inicjały _____ Data urodzenia lub wiek _____	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Masa ciała (kg) _____ Wzrost (cm) _____	Rasa <input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Czarna <input type="checkbox"/> Azjatycka <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/> Nie podano
---	--	--	--

**2) INFORMACJE O OSOBIE ZGŁASZAJĄCEJ**

Nazwisko i imię _____	Adres (ulica, miasto, kraj)* _____	
Nr telefonu _____	Kwalifikacje osoby zgłaszającej	
E-mail _____	<input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Farmaceuta <input type="checkbox"/> Autor publikacji medycznej	<input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny <input type="checkbox"/> Osoba niewykonująca zawodu medycznego <input type="checkbox"/> Pacjent
Data wypełnienia formularza _____	Podpis osoby zgłaszającej** _____	Zgłoszone do organów kontroli leków? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo

\*Osoba wykonująca zawód medyczny powinna podać adres wykonywania zawodu. \*\* Podpis wymagany tylko, gdy formularz nie jest przekazywany drogą elektroniczną

**3) OPIS DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO**

Opis działania niepożądanego/Diagnoza. Jeśli brak diagnozy, proszę podać objawy.	Data wystąpienia objawów _____	Data zakończenia objawów lub czasu trwania _____	Wynik <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia z trwałymi następstwami <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia <input type="checkbox"/> śmiertelny <input type="checkbox"/> brak wyleczenia <input type="checkbox"/> niewiadomy
	Czy działanie niepożądane ustąpiło po zaprzestaniu podawania leku lub zmniejszeniu jego dawki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo		Czy działanie niepożądane wystąpiło ponownie po powtórnym podaniu leku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

**4) INFORMACJE O DZIAŁANIU NIEPOŻĄDANYM**

Czy to jest ciężkie działanie niepożądane****? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeśli Tak, proszę zaznaczyć <input type="checkbox"/> Zgon (data: _____) <input type="checkbox"/> Zagrożenie życia <input type="checkbox"/> Hospitalizacja lub jej przedłużenie (data od _____ do _____)	<input type="checkbox"/> Trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności <input type="checkbox"/> Wada wrodzona/Uraz okołoporodowy <input type="checkbox"/> Inne ważne zdarzenie medyczne	Jeśli 'Zgon', proszę podać przyczynę Przeprowadzono sekcję zwłok? <input type="checkbox"/> Tak (Jeśli 'Tak', proszę dołączyć wyniki/raport) <input type="checkbox"/> Nie
--	---	---	---

\*\*\*\*Ciężkie działanie niepożądane oznacza wystąpienie: zgonu pacjenta, zagrożenia życia, konieczności hospitalizacji lub jej przedłużenia, trwałego lub znacznego uszczerbku na zdrowiu lub innych działań produktu leczniczego, które lekarz według swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie, lub jest chorobą, wadą wrodzoną lub uszkodzeniem płodu

Związek raportowanego działania niepożądanego z produktem?

 Wysoce prawdopodobny  Prawdopodobny  Możliwy  Wątpliwy  Brak związku  Nie określono

**5) INFORMACJE O LEKU(ACH) PODEJRZANYM(CH) O SPOWODOWANIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO**

Nazwa leku i/lub substancji czynnej _____	Wskazanie (a) _____	Nr serii _____	Data ważności _____
Czynności podjęte w stosunku do leku <input type="checkbox"/> dawka zwiększona <input type="checkbox"/> dawka zmniejszona <input type="checkbox"/> lek odstawiony <input type="checkbox"/> ponownie podany <input type="checkbox"/> nie podjęto czynności <input type="checkbox"/> nie wiadomo	Dawkowanie, droga podania, postać leku _____	Data rozpoczęcia podawania _____	Data zakończenia podawania _____

**6) INNE STOSOWANE LEKI (leki wchodzące w interakcje z lekiem podejrzanym powinny zostać wypisane w punkcie 5)**

Nazwa leku lub substancji czynnej _____	Wskazanie(a) _____	Dawkowanie, postać, droga podania _____	Typ terapii# _____	Data rozpoczęcia podawania _____	Data zakończenia podawania _____
---	--------------------	---	--------------------	----------------------------------	----------------------------------

\*C – lek podawany jednocześnie; T – lek podawany do leczenia objawów niepożądaných; P – lek odstawiony przed wystąpieniem działania niepożądanego

**7) HISTORIA MEDYCZNA: PRZEBYTE I WSPÓLNIEJĄCE CHOROBY**
 Papierosy  Alkohol  Alergie Na co? \_\_\_\_\_

Jeśli potrzeba proszę wykorzystać drugą stronę formularza. Sekcje 5 i 6 mogą zostać powtórzone na odwrocie formularza.

Administratorem danych osobowych ujętych w formularzu jest Zakład Chemiczno-Farmaceutyczny „FARMAPOL” Sp. z o.o., ul. Św. Wojciech 29, 61-749 Poznań. Podane dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków w zakresie monitorowania bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych zgodnie z Rozp.(UE) nr 520/2012 z dnia 19 czerwca 2012 r. Podanie danych osoby zgłaszającej jest niezbędne do przyjęcia zgłoszenia. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz do ich poprawiania.