

W przypadku wystąpienia działania niepożądanego - należy dodatkowo wypełnić Formularz zgłoszenia niepożądanego działania leku

<b>Tylko do użytku firmy Farmapol</b>	
Numer.....	.....
Data otrzymania/przyjęcia przez podmiot odpowiedzialny.....	.....
Osoba przyjmująca zgłoszenie .....	.....
Podpis osoby przyjmującej .....	.....

### 1) LEK STOSOWANY PODCZAS KARMIENIA PIERSIĄ

Nazwa leku lub substancji czynnej	Wskazanie(a)	Nr serii	Termin ważności
Dawkowanie, droga podania, postać leku, moc	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	

### 2) INFORMACJE O OSOBIE ZGŁASZAJĄCEJ

Należy wypełnić co najmniej pola dotyczące: imienia i nazwiska, numeru telefonu i/lub adresu e-mail osoby zgłaszającej.

W przypadku, gdy osobą zgłaszającą jest lekarz, farmaceuta lub inna osoba wykonująca zawód medyczny - należy dodatkowo wypełnić pole dotyczące nazwy i adresu placówki medycznej, w której pracuje osoba zgłaszająca.

Imię i nazwisko	Nazwa i adres placówki medycznej (ulica, miasto, kraj)		
Nr telefonu	Kwalifikacje osoby zgłaszającej		
E-mail	<input type="checkbox"/> Lekarz	<input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny	
	<input type="checkbox"/> Farmaceuta	<input type="checkbox"/> Opiekun pacjenta/ konsument	
	<input type="checkbox"/> Pacjent	<input type="checkbox"/> Autor publikacji medycznej	
Data zgłoszenia	Podpis osoby zgłaszającej*	Zgłoszone do organów kontroli leków?	
		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo	
* Podpis wymagany jest tylko wówczas, gdy podczas przyjmowania zgłoszenia mamy kontakt osobisty z osobą zgłaszającą (podpis nie dotyczy zgłoszenia dokonywanego drogą elektroniczną)			

### 3) INFORMACJE DOTYCZĄCE MATKI I DZIECKA

Należy wypełnić co najmniej jedną informację dotyczącą danych matki i co najmniej jedną informację dotyczącą danych dziecka.

<b>MATKA</b>	Inicjały	<b>DZIECKO NARAŻONE NA LEK PODCZAS KARMIENIA PIERSIĄ</b>	Inicjały
	Wiek		Wiek (w miesiącach)
	Masa ciała (kg)		Masa ciała (kg)
	Wzrost (cm)		Wzrost (cm)

Administratorem danych osobowych ujętych w formularzu jest Zakład Chemiczno-Farmaceutyczny „FARMAPOL” Sp. z o.o., ul. Św. Wojciech 29, 61-749 Poznań. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c) oraz art. 9 ust. 2 pkt i) Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO, EU 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.). Podane dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków w zakresie monitorowania bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych zgodnie z Rozporządzeniem (UE) nr 520/2012 z dnia 19 czerwca 2012 r. Podanie danych osoby zgłaszającej jest niezbędne do przyjęcia zgłoszenia. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez cały okres Pozwolenia na dopuszczenie leku do obrotu oraz przez okres 10 lat od wygaśnięcia Pozwolenia na dopuszczenie leku do obrotu. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.