

Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego

- POUFNE -

PACJENT:	Inicjały	Data urodzenia/wiek	Płeć: K	M	Masa ciała
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OPIS OBJAWÓW NIEPOŻĄDANYCH: data wystąpienia objawów Ciężka - Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Jeśli tak – tydzień ciąży	Leczenie ambulatoryjne <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne <input type="checkbox"/>	<u>Klasyfikacja ciężkości zdarzenia</u> Ciężkie działanie niepożądane <input type="checkbox"/> – zgon <input type="checkbox"/> – zagrożenie życia <input type="checkbox"/> – trwale lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności <input type="checkbox"/> – hospitalizacja lub jej przedłużenie <input type="checkbox"/> – inne, które lekarz według swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie Nr statystyczny przyczyny zgonu
--	--	--

Wynik

A – powrót do zdrowia bez trwałych następstw
 F – jest w trakcie leczenia objawów

B – powrót do zdrowia z trwałymi następstwami
 U – niewiadomy

STOSOWANE LEKI						
Nazwa leku <small>Numer serii jeśli jest znany</small>	Lek podejrzany o spowodowanie objawów <small>zaznacz „P”</small>	Dawka dobową	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Przyczyna użycia lub nr statystyczny choroby

INFORMACJE DODATKOWE: np. wcześniejsze reakcje na lek, czynniki ryzyka, wyniki badań dodatkowych

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

Imię i nazwisko Specjalizacja

Adres

Telefon:..... Fax:..... data i podpis: