

## Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego

- POUFNE -

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

<b>OPIS OBJAWÓW NIEPOŻĄDANYCH:</b>  Cięża - Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Jeśli tak – tydzień ciąży .....	data wystąpienia objawów .....  Leczenie ambulatoryjne <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne <input type="checkbox"/>	<b>Klasyfikacja</b> Ciężkie działanie niepożądane <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, które lekarz według swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie Nr statystyczny przyczyny zgonu .....
--	---	---

Wynik

**A** – powrót do zdrowia bez trwałych następstw

**B** – powrót do zdrowia z trwałymi następstwami

**F** – jest w trakcie leczenia objawów

**U** – niewiadomy

<b>STOSOWANE LEKI</b>						
Nazwa leku	Lek podejrzany o spowodowanie objawów zaznacz „P”	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: .....