



pharm supply

Pharm Supply Sp. z o.o.ul. Marconich 2/9; 02-954 Warszawa
tel./fax +48 (22) 642 33 31**POUFNE****ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEGO ZDARZENIA LUB DZIAŁANIA PRODUKTU
LECZNICZEGO**

DOTYCZY PRODUKTU LECZNICZEGO:

NR ZGŁOSZENIA:

I. INFORMACJE O NIEPOŻĄDANYM ZDARZENIU LUB DZIAŁANIU PRODUKTU LECZNICZEGO

1. INICJIAŁY PACJENTA	2. KRAJ	3. WIEK	4. PLEĆ	5. WYSTĄPIENIE ZDARZENIA LUB DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO			7. CIĘŻKIE DZIAŁANIE NIEPOŻĄDANE
				DZIEŃ	MIESIĄC	ROK	
			<input type="checkbox"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘCZYCZYNA				<input type="checkbox"/> ZGON <input type="checkbox"/> ZAGROŻENIE ŹYCIA <input type="checkbox"/> TRWAŁE LUB ZNACZĄCE INWALIDZTWO LUB UPOŚLEDZENIE SPRAWNOŚCI <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACJA LUB JEJ PRZEDŁUŻENIE <input type="checkbox"/> WADA PŁODU LUB WADA WRODZONA <input type="checkbox"/> INNE, KTÓRE LEKARZ WEDŁUG SWOJEGO STANU WIEDZY UZNA ZA CIĘŻKIE NUMER STATYSTYCZNY PRZYCZYNY ZGONU
6. Opis działania niepożądanego (z zaznaczeniem wykonanych testów i badań laboratoryjnych)							
8. CIĄŻA <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE JEŚLI TAK - TYDZIEŃ CIĄŻY			8. RODZAJ LECZENIA				
			LECZENIE AMBULATORYJNE <input type="checkbox"/>				
			LECZENIE SZPITALNE <input type="checkbox"/>				

10. WYNIK POWROT DO ZDROWIA BEZ TRWAŁYCH NASTĘPSTW JEST W TRAKCIE LECZENIA OBJAWÓW
 POWROT DO ZDROWIA Z TRWAŁYMI NASTĘPSTWAMI NIEWIADOMY

II. INFORMACJE O PRODUKCIE LECZNICZYM

11. PODEJRZEWANY PRODUKT LECZNICZY LUB PRODUKTY LECZNICZE (Z UWZGLĘDNIENIEM NAZWY POWSZECHNIE UŻYWANEJ):				16. CZY DZIAŁANIE NIEPOŻĄDANE USTĄPIŁO PO ZAPRZESTANIU PODAWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO			
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIADOMO			
12. DAWKA	13. DROGA PODANIA	14. PODAWANIE PRODUKTU LECZNICZEGO			17. CZY DZIAŁANIE NIEPORZĄDANE WYSTĄPIŁO PONOWNIE PO POWTÓRNYM PODANIU PRODUKTU LECZNICZEGO		
		DATA ROZPOCZĘCIA			DATA ZAKOŃCZENIA		
		DZIEŃ	MIESIĄC	ROK	DZIEŃ	MIESIĄC	ROK
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ZNIE WIADOMO			

15. PRZYCZYNA ZASTOSOWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO LUB NUMER STATYSTYCZNY CHOROBY

18. INNE ISTOTNE INFORMACJE (NP. WCZEŚNIEJSZE REAKCJE NA PRODUKT LECZNICZY, WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH, CZYNNIKI RYZYKA, ALERGIE)

III. INNE STOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ INFORMACJE DODATKOWE19. INNE STOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ DATY ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA I PODAWANIA (Z WYŁĄCZENIEM PRODUKTÓW LECZNICZYCH
ZASTOSOWANYCH W ZWIĄZKU Z NIEPOŻĄDANYM ZDARZENIEM LUB DZIAŁANIEM PRODUKTU LECZNICZEGO)**IV. DANE PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO**

20. DATA PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA			21. ŹRÓDŁO ZGŁOSZENIA			22. TYP ZGŁOSZENIA			23. DANE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE		
DZIEŃ	MIESIĄC	ROK	<input type="checkbox"/> BADANIE <input type="checkbox"/> LITERATURA FACHOWA			<input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE POCZĄTKOWE			IMIĘ I NAZWISKO		
			<input type="checkbox"/> OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD MEDYCZNY			<input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE UZUPEŁNIAJĄCE			KOMÓRKA ORGANIZACYJNA		
									TEL LUB FAX.		

V. DANE OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY POTWIERDZAJĄCEJ ZGŁOSZENIE

24 DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ						(MIEJSCE NA PIECZĄTKĘ)					
IMIĘ I NAZWISKO					
ADRES					
TELEFON						DATA I PODPIS					

