



# SUN-FARM

## Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dla PACJENTÓW I ICH RODZIN / OPIEKUNÓW

- POUFNE -

- ZGŁOSZENIE DOTYCZY:**
- Pani/Pana
- Pani/Pana dziecka
- innej osoby: .....

### INFORMACJE O PACJENCIE:

Inicjały	Data urodzenia			Wiek	Płeć: K M		Masa ciała	Wzrost
	Dzień	Miesiąc	Rok		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### INFORMACJE O DZIAŁANIU NIEPOŻĄDANYM:

Data wystąpienia objawów:	<b>Klasyfikacja</b>  Czy działanie niepożądane było ciężkie?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Zaznacz wszystkie punkty odpowiadające reakcji:  <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
Opis objawów:	
Wynik: <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia bez trwałych następstw <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia z trwałymi następstwami <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia objawów <input type="checkbox"/> inne .....	
Czy w trakcie przyjmowania leków była Pani w ciąży: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak; jeżeli tak, zaznacz tydzień ciąży .....	

### INFORMACJE O LEKACH:

Nazwa leku	Zaznacz „P”, jeżeli lek podejrzany jest o spowodowanie objawów	Dawkowanie (np. 20 mg 2 razy dziennie)	Droga podania (np. doustnie)	Data rozpoczęcia przyjmowania leku	Data zakończenia przyjmowania leku	Przyczyna stosowania leku (np. nadciśnienie)

INFORMACJE DODATKOWE: np. wcześniejsze reakcje na lek, alergie, inne choroby, wyniki badań dodatkowych

**DANE LEKARZA:**

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na kontakt z lekarzem prowadzącym, w celu uzyskania dodatkowych informacji?

- Nie
- Tak; jeżeli tak, proszę podać dane kontaktowe lekarza.

Imię i nazwisko ..... Telefon:.....

Adres .....

E-mail: .....

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

Imię i nazwisko ..... Telefon:.....

Adres .....

E-mail: .....Data i podpis.....

**Działaniem niepożądanym produktu leczniczego – jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego.**

Aby zgłoszenie było ważne, musi zawierać przynajmniej:

1. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszającej
2. Dane identyfikacyjne pacjenta
3. Nazwa produktu leczniczego / substancji czynnej, której stosowanie spowodowało podejrzenie działania niepożądanego.
4. Działanie niepożądane (jedno lub więcej)

Wypełnienie pozostałych pól formularza ułatwi ocenę przypadku.



**SUN-FARM**