

Tylko do użytku Farmapol

Numer _____

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny/Data otrzymania publikacji przez podmiot odpowiedzialny _____

Osoba przyjmująca zgłoszenie _____ Podpis osoby przyjmującej _____

1) INFORMACJE O PACJENCIE

Inicjały	Data urodzenia lub wiek	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Męczyzna	Masa ciała (kg) _____ Wzrost (cm) _____	Rasa <input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/> Czarna <input type="checkbox"/> Nie podano <input type="checkbox"/> Azjatycka
----------	-------------------------	---	--	---

2) INFORMACJE O OSOBE ZGŁASZAJĄCEJ

Nazwisko i imię	Adres (ulica, miasto, kraj)		
Nr telefonu	Kwalifikacje osoby zgłaszającej <input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny <input type="checkbox"/> Farmaceuta <input type="checkbox"/> Osoba niewykonywująca zawodu medycznego <input type="checkbox"/> Autor publikacji medycznej <input type="checkbox"/> Pacjent		
E-mail	Data i podpis osoby zgłaszającej		Pieczętka osoby zgłaszającej
			Zgłoszone do organów stanowiących? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo

3) OPIS DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO

Diagnoza. Jeśli brak diagnozy, proszę podać objawy.	Data wystąpienia objawów	Data zakończenia lub czas trwania	Rezultat <input type="checkbox"/> powrót do zdrowia <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia <input type="checkbox"/> brak wyleczenia	<input type="checkbox"/> powrót do zdrowia z trwałymi następstwami <input type="checkbox"/> śmiertelny <input type="checkbox"/> niewiadomy
Opis działania niepożądanego	Nasilenie <input type="checkbox"/> Łagodne <input type="checkbox"/> Umiarkowane <input type="checkbox"/> Ciężkie <input type="checkbox"/> Nie podano		Czy działanie niepożądane ustąpiło po zaprzestaniu podawania leku lub zmniejszeniu jego dawki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo	Czy działanie niepożądane wystąpiło ponownie po powtórnym podaniu leku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

4) INFORMACJE O DZIAŁANIU NIEPOŻĄDANYM

Czy to jest ciężkie działanie niepożądane? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeśli Tak, proszę zaznaczyć <input type="checkbox"/> Zgon (data: _____) <input type="checkbox"/> Zagrożenie życia <input type="checkbox"/> Hospitalizacja lub jej przedłużenie (data od _____ do _____) <input type="checkbox"/> Trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności <input type="checkbox"/> Wada wrodzona/Uraz okołoporodowy <input type="checkbox"/> Inne ważne zdarzenie medyczne	Jeśli 'Zgon', proszę podać przyczynę Przeprowadzono sekcję zwłok? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli 'Tak', proszę dołączyć wyniki
Związek raportowanego działania niepożądanego z produktem? <input type="checkbox"/> Wysoce prawdopodobny <input type="checkbox"/> Prawdopodobny <input type="checkbox"/> Możliwy <input type="checkbox"/> Wątpliwy <input type="checkbox"/> Brak związku <input type="checkbox"/> Nie określono		

5) INFORMACJE O LEKU(ACH) PODEJRZANYM(CH) O SPOWODOWANIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO

Nazwa leku lub substancji czynnej	Wskazanie (a)	Nr serii	Data ważności
Czynności podjęte w stosunku do leku (dawka zwiększona/zmniejszona, lek odstawiony/ponownie podany, nie podjęto czynności, nie wiadomo)	Dawkowanie, droga podania, postać leku	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania

6) INNE STOSOWANE LEKI (leki wchodzące w interakcje z lekiem podejrzanym powinny zostać wypisane w punkcie 5)

Nazwa leku lub substancji czynnej	Wskazanie(a)	Dawkowanie, postać, droga podania	Typ terapii*	Początek	Koniec
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

*C – lek podawany jednocześnie; T – lek podawany do leczenia objawów niepożądanych; P – lek odstawiony przed wystąpieniem działania niepożądanego

7) HISTORIA MEDYCZNA: PRZEBYTE I WSPÓLISTNIEJĄCE CHOROBY

<input type="checkbox"/> Papierosy	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Alergie	Na co?
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------