

**Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dla  
fachowych pracowników służby zdrowia**

- Informacje objęte tajemnicą przedsiębiorstwa oraz ochroną danych osobowych -

**INFORMACJE O PACJENCIE**

Inicjały	Data urodzenia/wiek	Płeć

**INFORMACJE O NIEPOŻĄDANYM DZIAŁANIU**

Opis objawów niepożądanych (lokalizacja, charakterystyka, stopień ciężkości, przebieg)		Wystąpienie ciężkiego działania niepożądanego <b>(zaznaczyć, jeśli dotyczy)</b>
		<input type="checkbox"/> zgon <input type="checkbox"/> zagrożenie życia (lub zdrowia) <input type="checkbox"/> trwałe lub znaczne inwalidztwo lub upośledzenie sprawności <input type="checkbox"/> hospitalizacja lub jej przedłużenie <input type="checkbox"/> wady wrodzone <input type="checkbox"/> inne, które lekarz według swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie
Czy objawy niepożądane ustąpiły po zaprzestaniu podawania produktu leczniczego? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiadomo	Czy objawy niepożądane wystąpiły ponownie po powtórnym podaniu leku? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiadomo	
Jaki jest aktualnie stan pacjenta?		
Data wystąpienia objawów niepożądanych		

**INFORMACJE O PODEJRZEWANYM PRODUKCIE LECZNICZYM**

Nazwa leku	Data ważności i nr serii	Dawka dobową	Droga podania
Wskazania do stosowania		Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania
Czy pacjent stosował lek w przeszłości?		Jak pacjent tolerował lek podczas poprzedniej kuracji?	

**Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dla  
fachowych pracowników służby zdrowia****INNE STOSOWANE LEKI (w tym dostępne bez recepty)**

Nazwa leku	Dawka dobowa	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Przyczyna użycia
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

**INFORMACJE DODATKOWE**

Czy pacjent jest alergikiem? (jeśli tak: na jakie substancje jest uczulony)	Choroby współistniejące, czynniki ryzyka (np. upośledzona funkcja nerek, wątroby, choroby neurologiczne itp.)
Wyniki badań dodatkowych	Ciąża (jeśli tak: tydzień ciąży)

**Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dla  
fachowych pracowników służby zdrowia****DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ**

Imię, nazwisko, specjalizacja	Adres miejsca wykonywania zawodu
Telefon (fax)	Podpis osoby zgłaszającej, pieczęć
Data	

**UWAGA: NIE NALEŻY ZOSTAWIĆ NIWYPEŁNIONYCH PÓL, LECZ W RAZIE POTRZEBY WYPEŁNIC JE OKREŚLENIAMI TYPU: NIE DOSTĘPNE, NIE DOTYCZY, NIE WIADOMO**

*Administratorem danych zawartych w Formularzu zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego jest Instytut Biotechnologii Surowic i Szczepionek BIOMED Spółka Akcyjna, z siedzibą w Krakowie przy al. Sosnowej 8. Dane przetwarzane są jedynie w celu zgłoszenia działania niepożądanego, zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne. Administrator danych zapewnia pełne gwarancje ochrony danych osobowych.. Szczegóły dotyczące zasad przetwarzania i ochrony danych osobowych znajdują się pod adresem: <https://www.biomed.pl/wp-content/uploads/2019/04/informacja-rodo-10042019.pdf>*