

**Laboratorium Farmaceutyczno kosmetyczne PAMPA****ZGŁOSZENIE WYSTĄPIENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO**

Numer nadany przez podmiot odpowiedzialny:

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny:

**I INFORMACJE O NIEPOŻĄDANYM DZIAŁANIU**

1. INICJAŁY PACJENTA	1a KRAJ	2. DATA URODZENIA			2a. WIEK Lata	3. PŁEĆ	4-6 WYSTĄPIENIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO			8-12 ZAZNACZ WSZYSTKIE PUNKTY ODPOWIADAJĄCE REAKCJI
		Dzień	Miesiąc	Rok			Dzień	Miesiąc	Rok	
7+13 OPIS DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO (z zaznaczeniem wykonanych testów i badań laboratoryjnych)								<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACJA LUB JEJ PRZEDŁUŻENIE		
								<input type="checkbox"/> TRWAŁE LUB ZNACZĄCE INWALIDZTWO LUB UPOŚLEDZENIE SPRAWNOŚCI		
								<input type="checkbox"/> ZAGROŻENIE ŻYCIA		
								<input type="checkbox"/> WADY PŁODU/WADY WRODZONE		
								<input type="checkbox"/> INNE ISTOTNE MEDYCZNIE		

**II. INFORMACJE O PRODUKCIE LECZNICZYM**

14. PODEJRZEWANY PRODUKT LECZNICZY/PRODUKTY LECZNICZE (z uwzględnieniem nazwy powszechnie stosowanej)		20 CZY DZIAŁANIE NIEPOŻĄDANE USTĄPIŁO PO ZAPRZESTANIU PODAWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIADOMO
15. DAWKA DOBOWA	16. DROGA PODANIA	21. CZY DZIAŁANIE NIEPOŻĄDANE WYSTĄPIŁO PONOWNIE PO POWTÓRNYM PODANIU LEKU?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIADOMO
17. WSKAZANIE(A) DO ZASTOSOWANIA		
18. DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA PODAWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO (od/do)	19. OKRES, W KTÓRYM STOSOWANO PRODUKT LECZNICZY	

**III. INNE STOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ INFORMACJE DODATKOWE**

22. INNE STOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ DATY ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA ICH PODAWANIA (z wyłączeniem produktów leczniczych zastosowanych w związku z niepożądanym działaniem)
23. INNE ISTOTNE INFORMACJE (np. badania diagnostyczne, alergie, ciąża, z podaniem daty ostatniej miesiączki)

**IV. DANE PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO**

24a. NAZWA I ADRES PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO
--

**Laboratorium Farmaceutyczno kosmetyczne PAMPA****ZGŁOSZENIE WYSTĄPIENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO**

Numer nadany przez podmiot odpowiedzialny:

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny:

	24b. NUMER IDENTYFIKACYJNY NADANY PRZEZ PODMIOT ODPOWIEDZIALNY	
24c. DATA OTRZYMANIA ZGŁOSZENIA PRZEZ PODMIOT ODPOWIEDZIALNY	24d. ŹRÓDŁO ZGŁOSZENIA <input type="checkbox"/> BADANIE <input type="checkbox"/> LITERATURA FACHOWA <input type="checkbox"/> OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD MEDYCZNY	
DATA ZGŁOSZENIA	25a. TYP ZGŁOSZENIA <input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE POCZĄTKOWE <input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE UZUPEŁNIAJĄCE	

**V. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES	TELEFON	DATA:
WYKONYWANY ZAWÓD	E-MAIL		PIECZĘĆ I PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO: