

Laboratorium Farmaceutyczno kosmetyczne PAMPA

ZGŁOSZENIE NARAŻENIA NA PRODUKT LECZNICZY W CZASIE CIĄŻY

Numer nadany przez podmiot odpowiedzialny:

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny:

I. DANE PACJENTA

INICJAŁY	DATA URODZENIA LUB WIEK	PLACÓWKA SŁUŻBY ZDROWIA	MASA CIAŁA (kg) : WZROST (cm)	POCHODZENIE ETNICZNE (RASA)
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------------	-----------------------------

ZGŁOSZONE DO URZĘDU REJESTRACJI PRODUKTÓW LECZNICZYCH, WM i PB? TAK NIE

II. PRZYJMOWANY PRODUKT LECZNICZY

PRZYJMOWANY PRODUKT LECZNICZY (z uwzględnieniem nazwy powszechnie stosowanej)	
DAWKA DOBOWA	DROGA PODANIA
WSKAZANIE(A) DO ZASTOSOWANIA	
DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA STOSOWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO (od/od)	CZAS TRWANIA LECZENIA

III. REZULTAT STOSOWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO

<input type="checkbox"/> PORÓD W TERMINIE	<input type="checkbox"/> PRZEDWCZESNY PORÓD (WIEK CIĄŻY: _____ TYGODNI)
<input type="checkbox"/> PORONIENIE	
<input type="checkbox"/> PODJĘTO DECYZJĘ O ZAKOŃCZENIU CIĄŻY	
CZY LEKARZ PROWADZĄCY ZALECAŁ ZAKOŃCZENIE CIĄŻY? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
JEŻELI TAK PROSZĘ OPISAĆ	

<input type="checkbox"/> WEWNĄTRZMACICZNA ŚMIERĆ PŁODU	
CZY BYŁY PODEJMOWANE DZIAŁANIA MEDYCZNE U MATKI? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
JEŻELI TAK PROSZĘ WYMIENIĆ PONIŻEJ JAKIE.	
PROSZĘ WYMIENIĆ WSZYSTKIE KOMPLIKACJE, INFEKCJE, CHOROBY PODCZAS CIĄŻY ORAZ PRZYJMOWANYCH LEKACH.	

IV. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE URODZENIA I PORODU

<input type="checkbox"/> ZDROWY NOWORODEK
<input type="checkbox"/> POWIKŁANIA U NOWORODKA
<input type="checkbox"/> WADY WRODZONE
<input type="checkbox"/> MARTWY PŁÓD
<input type="checkbox"/> PORÓD MNOGI
<input type="checkbox"/> POWIKŁANIA OKOŁOPORODWE
PROSZĘ WYMIENIĆ WSZYSTKIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI W PRZEBIEGU PORODU WŁĄCZNIE Z OBJAWAMI, DIAGNOZĄ, OCENĄ I PRAWDOPODOBNAŃ PRZYCZYNĄ WYSTĄPIENIA.
CZY W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA JAKIEGOKOLWIEK INCYDENTU (W OKRESIE MACIERZYŃSTWA, PŁODOWYM, NOWODORKOWYM) JEST MOŻLIWE BY BYŁ ON SPOWODOWANY PRZYJMOWANIEM LEKU PODCZAS CIĄŻY? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
JEŻELI TAK PROSZĘ OPISAĆ PRODUKT LECZNICZY I PRZYCZYNĘ.

Laboratorium Farmaceutyczno kosmetyczne PAMPA**ZGŁOSZENIE NARAŻENIA NA PRODUKT LECZNICZY W CZASIE CIĄŻY**

Numer nadany przez podmiot odpowiedzialny:

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny:

V. DANE PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO

NAZWA I ADRES PODMIOTU ODPOWIEDZIALNEGO		RAPORT ZEBRANY PRZEZ: Imię i Nazwisko: Nr tel.:
NUMER IDENTYFIKACYJNY NADANY PRZEZ PODMIOT ODPOWIEDZIALNY		
24c. DATA OTRZYMANIA ZGŁOSZENIA PRZEZ PODMIOT ODPOWIEDZIALNY	ŹRÓDŁO ZGŁOSZENIA <input type="checkbox"/> BADANIE <input type="checkbox"/> LITERATURA FACHOWA <input type="checkbox"/> OSOBA WYKONUJĄCA ZAWÓD MEDYCZNY <input type="checkbox"/> PACJENT	
DATA ZGŁOSZENIA	TYP ZGŁOSZENIA <input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE POCZĄTKOWE <input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE UZUPEŁNIAJĄCE	

VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES	TELEFON	KWALIFIKACJE ZGŁASZAJĄCEGO <input type="checkbox"/> LEKARZ <input type="checkbox"/> FARMECAUTA <input type="checkbox"/> OSOBA NIE ZWIĄZANA ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA	<input type="checkbox"/> INNY PRACOWNIK SŁUŻBY ZDROWIA _____ PROSZĘ OKREŚLIĆ OSOBĘ	DATA
KRAJ	KOD POCZTOWY	E-MAIL			PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO