	ZAŁĄCZNIK NR 1 PROCEDURY FA 10	NR – FA 10/1-2012
	FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA PRODUKTU LECZNICZEGO	Strona 1/2
	Obowiązuje : WSZYSTKIE MEDYCZNE KO SZPITALA	DATA 01.09.2017

- POUFNE -

PACJENT:	Inicjały	Data urodzenia/wiek	Płeć:	K	M	Masa ciała
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OPIS OBJAWÓW NIEPOŻĄDANYCH:	data wystąpienia objawów	Klasyfikacja Ciężkie działanie niepożądane – zgon – zagrożenie życia
	Leczenie ambulatoryjne <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności <input type="checkbox"/> hospitalizacja lub jej przedłużenie – inne, które lekarz według swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie Nr statystyczny przyczyny zgonu
Cięża - Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Jeśli tak – tydzień ciąży		

Wynik

A – powrót do zdrowia bez trwałych następstw

B – powrót do zdrowia z trwałymi następstwami

F – jest w trakcie leczenia objawów

U – niewiadomy

STOSOWANE LEKI						
Nazwa leku	Lek podejrzany o spowodowanie objawów zaznacz „P”	Dawka dobową	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Przyczyna użycia lub nr statystyczny choroby

INFORMACJE DODATKOWE: np. wcześniejsze reakcje na lek, czynniki ryzyka, wyniki badań dodatkowych

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:


Imię i nazwisko

Specjalizacja

Adres

Telefon:..... Fax:.....

data i podpis:

	ZAŁĄCZNIK NR 1 PROCEDURY FA 10		NR – FA 10/1-2012
	FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA PRODUKTU LECZNICZEGO		Strona 2/2
	Obowiązuje : WSZYSTKIE MEDYCZNE KO SZPITALA	DATA 01.09.2017	WYDANIE 4

**WYDZIAŁ MONITOROWANIA
NIEPOŻĄDANYCH DZIAŁAŃ PRODUKTÓW
LECZNICZYCH**

**URZĄD REJESTRACJI PRODUKTÓW LECZNICZYCH, WYROBÓW MEDYCZNYCH
I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH**

ul. Aleje Jerozolimskie 181C

02-222 Warszawa

tel. (22) 49 21 301

faks (22) 49 21 309