

# FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO

PROSZĘ NIE POZOSTAWIAĆ PUSTYCH PÓL, ZAZNACZYĆ, JEŚLI INFORMACJA JEST „NIEDOSTĘPNA” LUB „NIE DOTYCZY”.

## Informacje o pacjencie:

Inicjały: ..... Wiek: ..... Płeć: ..... Masa ciała (kg): ..... Wzrost (cm): ..... Data urodzenia: .....

Jeśli kobieta, to czy jest w ciąży? ..... Jeśli tak, data ostatniej miesiączki: ..... Oczekiwana data porodu: .....

Tak  Nie

## Informacje o podejrzanym leku / podejrzanym lekach:

Nazwa leku	Numer serii	Droga podania	Dawkowanie	Wskazania	Czy lek jest podejrzan o spowodowanie objawów? (Tak/Nie)	Data rozpoczęcia podawania (DD/MM/YYYY)	Data zakończenia podawania (DD/MM/YYYY)
1.							
2.							

## Informacje o działaniach niepożądanych:

Data rozpoczęcia się działania: ..... Data zakończenia się działania: .....

1..... 1.....

2..... 2.....

Proszę opisać działanie niepożądane, szczegóły zastosowanego leczenia i podjęte działania wyjaśniające

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wynik:

- powrót do zdrowia
- brak powrotu do zdrowia
- powrót do zdrowia z trwałymi następstwami
- w trakcie leczenia
- niewiadomy
- zgon\*

Data zgonu:

.....

Prawdopodobna przyczyna zgonu:

.....

\*Jeśli wykonano autopsję, prosimy o przesłanie raportu.  
Prosimy o przesłanie wyników badań laboratoryjnych potwierdzających zdarzenie.

## Ciężkość działania niepożądanego:

Czy jest to ciężkie działanie niepożądane?  Tak  Nie

Jeżeli Tak, to proszę zaznaczyć:

- Zgon
- Zagrożenie życia
- Wada wrodzona
- Hospitalizacja lub jej przedłużenie
- Trwałe lub znaczące inwalidztwo
- Inne ważne zdarzenie medyczne

# FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO

## Działania podjęte wobec podejrzanych leków:

dawka zwiększona     dawka zmniejszona     lek odstawiony     dawka niezmieniona     nie wiadomo

Zastosowane leczenie równoległe (włączając leki ziołowe i bez przepisu lekarza), stosowane w okresie 3 miesięcy przed wystąpieniem działania niepożądanego

Nazwa leku	Droga podania	Dawkowanie	Wskazania	Czy lek jest podejrzany o spowodowanie objawów? (Tak/Nie)	Data rozpoczęcia leczenia (DD/MM/YYYY)	Data zakończenia leczenia (DD/MM/YYYY)
1.						
2.						
3.						

## Informacje o osobie zgłaszającej:

Imię i nazwisko:

Zawód:

Podpis:

Data:

Adres do korespondencji:

E-mail:

Numer telefonu / numer faxu:

Kod pocztowy: .....

## Wypełniony formularz prosimy przelać na adres:

Accord Healthcare Polska Sp. z o.o.  
ul. Taśmowa 7  
02-677 Warszawa  
Tel.: + 22 577 28 00  
Fax: +22 577 29 01  
e-mail: [poland@accord-healthcare.com](mailto:poland@accord-healthcare.com)