 ul. Motyla 26, 30-733 Kraków	FORMULARZ NARAŻENIA NA LEK W CZASIE CIĄŻY		
	Nr: GMP – 1 – 14/5	Wydanie: 2	Data: 25.05.2018

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SCAN-ANIDA Sp. z o.o. ul. Motyla 26, 30-733 Kraków, oraz przez Rapofarm Kamil Rupieta z siedzibą ul. Kazimierza Górskiego 3, 97-400 Bełchatów (podmiotu współpracującego ze SCAN-ANIDA Sp. z o.o. przy przyjmowaniu, analizowaniu, archiwizacji i procesowaniu zgłoszeń do odnośnych władz) [tak / nie (niepotrzebne skreślić)].

Informujemy iż Pani/Pana dane NIE będą przekazywane innym podmiotom oraz że ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania w wyżej opisanym celu, a także prawo zażądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych.

Podanie danych osobowych przez osoby wykonujące zawód medyczny jest obowiązkowe. W przypadku pozostałych osób podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia zgłoszenia.

1) INFORMACJE O PACJENCIE

Inicjały	Data urodzenia/wiek	Szpital
Masa ciała _____ kg	Pochodzenie	
Wzrost _____ cm		

Tylko do użytku Scan Anida Sp. z o.o.

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny _____
 Osoba przyjmująca zgłoszenie _____
 Czy raport spełnia lokalne kryteria raportowania?
 Tak Nie

2) INFORMACJE O OSOBIE ZGŁASZAJĄCEJ

Nazwisko	Adres	Nr telefonu	Kwalifikacje osoby zgłaszającej	Data
Kraj	Kod pocztowy	E-mail	<input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Farmaceuta <input type="checkbox"/> Osoba niewykonywująca zawód medyczny <input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny	Podpis osoby zgłaszającej
Zgłoszone do organów stanowiących?			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Proszę sprecyzować _____

3) LEK(I) STOSOWANY(E) W CZASIE CIĄŻY

Nazwa leku	Wskazanie	Nr serii	Data ważności
A _____	A _____	A _____	A _____
B _____	B _____	B _____	B _____
Czynności podjęte w stosunku do leku	Dawka dobową, Jednostka, Częstość i droga podania	Data rozpoczęcia	Data zakończenia
A _____	A _____	A _____	A _____
B _____	B _____	B _____	B _____

4) REZULTAT

Poród o czasie
 Poród przed czasem
 Jeśli wystąpił poród przed czasem, proszę podać wiek ciążowy _____ tygodni


Poronienie
 Przerwanie ciąży
 Czy przerwanie ciąży było zalecane przez lekarza? Tak Nie
 Jeśli Tak, proszę sprecyzować _____

Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu
 Czy w czasie ciąży wystąpiły jakieś zdarzenia medyczne? Tak Nie
 Jeśli Tak, proszę opisać poniżej.

Proszę opisać wszelkie powikłania, infekcje, choroby w czasie ciąży i ekspozycję na leki

5) INFORMACJE O PORODZIE

Zdrowy noworodek _____
 Komplikacje u noworodka _____
 Wada wrodzona/Urząd okołoporodowy _____
 Martwe urodzenie _____

 ul. Motyla 26, 30-733 Kraków	FORMULARZ NARAŻENIA NA LEK W CZASIE CIĄŻY		
Nr: GMP – 1 – 14/5	Wydanie: 2	Data: 25.05.2018	Strona: 2

<input type="checkbox"/> Cięża mnoga _____
Proszę podać szczegóły nieprawidłowego stanu lub komplikacji w czasie porodu/po porodzie. Proszę opisać objawy, diagnozę, badania i wskazać prawdopodobną przyczynę zdarzenia
Jeśli wystąpiło zdarzenie (u matki, płodu, noworodka), czy istnieje uzasadniona możliwość, że mogło to być spowodowane przez lek stosowany w czasie ciąży? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, proszę podać nazwę leku i przyczynę jego zastosowania