

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.

PIERWSZE DONIESIENIE:

DONIESIENIE UZUPEŁNIAJĄCE:

- POUFNE -

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

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

Wynik: – powrót do zdrowia bez trwałych następstw

– powrót do zdrowia z trwałymi następstwami

– jest w trakcie leczenia objawów

– niewiadomy

STOSOWANE LEKI

Nazwa leku	Lek podejrzany zaznacz „P”	Dawka dobową i częstość dawkowania	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Przyczyna użycia lub nr statystyczny choroby
1.						
2.						
3.						

INNE STOSOWANE LEKI

1.						
2.						
3.						

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

anida*ul. Motyla 26,
30-733 Kraków***FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO**

Nr: GMP – 1 – 14/6

Wydanie: 2

Data: 25.05.2018

Strona: 2

OPIS WADY JAKOŚCIOWEJ PRODUKTU, jeśli wystąpiła:Czy dołączono próbkę produktu? TAK NIE

nr serii produktu leczniczego:

Czy lek był podany pacjentowi? TAK NIE**INFORMACJE DODATKOWE – PRZEBIEG CIĄŻY (jeżeli dotyczy)****Data rozwiązania:****Wynik ciąży:**

-
- żywy noworodek
-
-
- spontaniczne poronienie
-
-
- poronienie planowane
-
-
- brak danych

Wynik porodu:

-
- noworodek w normie
-
-
- wada wrodzona
-
-
- inne problemy
-
-
- brak danych

CHPROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

Choroba/objaw	Początek/data	Koniec/data	Trwa nadal	Szczegóły istotne (operacje, zabiegi)

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon/fax:

e-mail:

data i podpis (pieczęć lekarza): _____

(Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez SCAN-ANIDA Sp. z o.o. wyłącznie do celów związanych z realizacją obowiązku monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych)