

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO

poland@grindeks.pl www.grindeks.pl

Grindex



Data wpływu

Dalsze dane Tak Nie

1*. INFORMACJE O PACJENCIE

Inicjały <input type="text"/>	Wiek <input type="text"/>	Płeć <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Nieznana płeć <input type="checkbox"/> Inna płeć	Grupa wiekowa <input type="checkbox"/> Noworodek <input type="checkbox"/> Niemowlę	<input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Nastolatek	<input type="checkbox"/> Dorosły <input type="checkbox"/> Wiek podeszły
Inne informacje (np. waga i wzrost): <input type="text"/>						

2*. INFORMACJE O OSOBE DOKONUJĄCEJ ZGŁOSZENIA

Imię i nazwisko <input type="text"/>	Nr telefonu <input type="text"/>	Zawód <input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Farmaceuta	<input type="checkbox"/> Inny zawód medyczny (Proszę podać jaki ?) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pacjent/ Konsument lub inny <input type="checkbox"/> Nieznany	
Państwo <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>	Inne ważne informacje (miejsce pracy, adres): <input type="text"/>			

Podjęte działania w stosunku do leku podejrzewanego

3*. LEK PODEJRZEWANY

Nazwa handlowa lub substancja czynna <input type="text"/>	Wskazania stosowania <input type="text"/>	Dawka, jednostka dawki, sposób stosowania <input type="text"/>	Częstotliwość podania leku <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wycofanie leku <input type="checkbox"/> zmniejszenie dawki	<input type="checkbox"/> zwiększenie dawki <input type="checkbox"/> dawka niezmienną <input type="checkbox"/> nieznane
Data rozpoczęcia stosowania leku <input type="text"/>	Data zakończenia stosowania leku <input type="text"/>	Nr serii <input type="text"/>	Inne ważne informacje (np. data ważności leku): <input type="text"/>		

4*. OPIS DZIAŁANIA/DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH

Zdiagnozowane działania niepożądane. Jeśli brak diagnozy, opis objawów. <input type="text"/>	Data wystąpienia <input type="text"/>	Wynik <input type="checkbox"/> Powrót do zdrowia <input type="checkbox"/> Brak powrotu do zdrowia <input type="checkbox"/> Powrót do zdrowia z następstwami <input type="checkbox"/> Zgon <input type="checkbox"/> Powraca do zdrowia <input type="checkbox"/> Nieznany
Data zakończenia lub jak długo trwały <input type="text"/>	Czy działanie niepożądane ustąpiło po odstawieniu leku lub zmniejszeniu dawki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo	Czy działanie niepożądane wystąpiło po ponownym podaniu leku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo
Czy działanie jest ciężkie? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, proszę zaznaczyć właściwy punkt <input type="checkbox"/> Zgon (data) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Trwała lub znacząca niepełnosprawność/ niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Zagrożenie życia <input type="checkbox"/> Pacjent hospitalizowany / hospitalizacja przedłużona <input type="checkbox"/> Wada wrodzona lub urodzeniowa <input type="checkbox"/> Inne medycznie ważne	
Dodatkowe informacje (np. przyczyna zgonu, wynik sekcji zwłok): <input type="text"/>		

DODATKOWE INFORMACJE

Proszę podać dodatkowe informacje na temat działania niepożądanego, wywiad chorobowy, choroby współistniejące, jednocześnie stosowane leki, wyniki wykonanych badań

* Pola obowiązkowe

Podmiot odpowiedzialny podejmie odpowiednie środki w celu zapewnienia odpowiedniego przechowywania podanych informacji, zgodnie z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych. Przed przekazaniem jakichkolwiek danych osobowych, imię i nazwisko pacjenta lub inna informacja pozwalająca na identyfikację pacjenta zostanie zastąpiona kodem.