

## Word Document Template

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO dla PACJENTÓW I ICH RODZIN/OPIEKUNÓW

## ZGŁOSZENIE DOTYCZY:

Pani/Pana  Pani/Pana dziecka  innej osoby: \_\_\_\_\_

Inicjały pacjenta: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_ Płeć: M  K   
 Masa ciała \_\_\_\_\_(kg), Wzrost \_\_\_\_\_(cm), Rasa \_\_\_\_\_ Cięża NIE  TAK  miesiąc \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <b>Opis zdarzenia niepożądanego:</b><br>Data wystąpienia objawów: _____  | <b>Klasyfikacja:</b><br>Czy działanie niepożądane było ciężkie?<br><input type="checkbox"/> – NIE<br><br><input type="checkbox"/> – TAK<br><br><input type="checkbox"/> – Zgon (data _____)<br><br><input type="checkbox"/> – Zagrożenie życia<br><br><input type="checkbox"/> – Trwałe lub znaczące<br><input type="checkbox"/> - Inwalidztwo lub upośledzenie sprawności<br><input type="checkbox"/> – Hospitalizacja lub jej przedłużenie<br>(daty: od _____ do _____)<br><input type="checkbox"/> –Wady wrodzone |
| <b>Aktualny stan pacjenta:</b><br><input type="checkbox"/> objawy ustąpiły w pełni <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie ustąpiły <input type="checkbox"/> brak danych |  |
| <b>Informacje dodatkowe:</b> (np. wcześniejsze reakcje na lek, alergie, inne choroby)  |  |

### Lek podejrzany o spowodowanie zdarzeń niepożądanych:

| Nazwa leku<br>Lilly | Dawkowanie<br>(np. 2x5mg) | Droga podania<br>(np. doustnie) | Data rozpoczęcia | Data zakończenia | Wskazanie<br>(np. cukrzyca) |
|---------------------|---------------------------|---------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------|
|                     |                           |                                 |                  |                  |                             |

Nr serii leku \_\_\_\_\_ Data ważności \_\_\_\_\_ Brak danych

Czy w Pani/Pana opinii zdarzenie ma związek z lekiem Lilly? TAK  NIE

## Word Document Template

| Inne stosowane leki | Dawkowanie | Droga podania | Data rozpoczęcia | Data zakończenia | Wskazanie |
|---------------------|------------|---------------|------------------|------------------|-----------|
|                     |            |               |                  |                  |           |

### DANE LEKARZA:

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na kontakt z lekarzem prowadzącym, w celu uzyskania dodatkowych informacji?  Nie  Tak  
(jeżeli tak, proszę podać dane kontaktowe lekarza)

Imię i nazwisko.....Specjalizacja/zawód.....

Adres.....

Telefon/Fax:.....Data, podpis, pieczęćka:.....

### DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

Imię i nazwisko.....

E-mail: .....Telefon:..... Data, podpis.....

Wypełniony formularz prosimy przesłać niezwłocznie na e-mail: [pl\\_pharmacovigilance@lilly.com](mailto:pl_pharmacovigilance@lilly.com) lub na numer faksu: **+48 22 440 35 56**. Oryginał formularza prosimy przesłać pocztą na adres Dział Monitorowania Bezpieczeństwa Farmakoterapii Eli Lilly Polska Sp. z o.o., ul. Żwirki i Wigury 18A, 02-092 Warszawa. W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z Działem Medycznym tel. **+48 22 440 33 00**