

## Word Document Template

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO dla FACHOWYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Dane pracownika firmy \_\_\_\_\_ Data otrzymania zgłoszenia \_\_\_\_\_

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

<b>Opis zdarzenia niepożądanego:</b> Data wystąpienia objawów: _____	<b>Klasyfikacja:</b> Czy działanie niepożądane było ciężkie? <input type="checkbox"/> – NIE <input type="checkbox"/> – TAK  <input type="checkbox"/> – Zgon (data _____) <input type="checkbox"/> – Zagrożenie życia <input type="checkbox"/> – Trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności <input type="checkbox"/> – Hospitalizacja lub jej przedłużenie (daty: od _____ do _____) <input type="checkbox"/> – Wady wrodzone <input type="checkbox"/> – Inne, które lekarz według swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie
<b>Aktualny stan pacjenta:</b> <input type="checkbox"/> – powrót do zdrowia bez trwałych następstw (data ustąpienia) <input type="checkbox"/> – powrót do zdrowia z trwałymi następstwami <input type="checkbox"/> – jest w trakcie leczenia objawów <input type="checkbox"/> – niewiadomy	
<b>Informacje dodatkowe/wyniki badań:</b>	

### Lek podejrzany o spowodowanie zdarzeń niepożądanych:

Nazwa leku Lilly	Dawkowanie	Droga podania	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Wskazanie/Nr statystyczny choroby
		po <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> sc <input type="checkbox"/>			
Nr serii leku _____		Data ważności _____		Brak danych <input type="checkbox"/>	

Czy w opinii lekarza zdarzenie ma związek z lekiem Lilly? TAK  NIE

## Word Document Template

Leki towarzyszące/korygujące	Dawka	Droga podania	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Wskazanie
		po <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> sc <input type="checkbox"/>			
		po <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> sc <input type="checkbox"/>			
		po <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> sc <input type="checkbox"/>			

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

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

Adres .....

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

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**