

Spontaneous Adverse Event Collection Form for Health Care Professionals and Employees

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 _____

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

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

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 nazwiskoSpecjalizacja/zawód.....

Adres

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

Wypełniony formularz prosimy przesłać niezwłocznie na e-mail: 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**