

**Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego**

<b>PACJENT:</b>	Inicjały	Data urodzenia/wiek	Płeć: K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Masa ciała, wzrost kg cm
-----------------	----------	---------------------	--	-----------------------------

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

Wynik ( proszę zaznaczyć):

**A** – powrót do zdrowia bez trwałych następstw

**B** – powrót do zdrowia z trwałymi następstwami

**F** – jest w trakcie leczenia objawów

**U** – niewiadomy

Związek raportowanego działania niepożądanego z produktem leczniczym firmy Boehringer Ingelheim ( proszę zaznaczyć):

Bardzo prawdopodobny  Możliwy  Prawdopodobnie brak związku  Brak związku

Lek podejrzany o spowodowanie działania niepożądanego:

Nazwa leku	Postać leku	Dawkowanie	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Przyczyna użycia lub nr statystyczny choroby

Czynności podjęte w stosunku do leku w związku z wystąpieniem działania niepożądanego:

Dawka zmniejszona  Czasowo odstawiony  ( data.....) Nie podjęto żadnych czynności   
( np. dawka niezmieniona)

Dawka zwiększona  Odstawiony na stałe  ( data.....)

Inne stosowane leki:

Nazwa leku	Postać leku	Dawkowanie	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Przyczyna użycia lub nr statystyczny choroby

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

Papierosy: nie tak

Nadużywanie alkoholu : nie tak

Alergie nie tak ( na co? .....

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

Imię i nazwisko .....

Specjalizacja/zawód.....

Adres .....

Telefon:..... adres e-mail .....

Fax:.....

data i podpis, pieczętka : .....

**Wypełniony formularz prosimy przesłać niezwłocznie na fax nr 022 699 0 668.**

Oryginał formularza prosimy przesłać pocztą do:

Boehringer Ingelheim Sp z o.o. Dział Medyczny ul. Wołoska 5 02-675 Warszawa.

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z Działem Medycznym

Boehringer Ingelheim Sp.z o.o., tel. 022 699 0 699.