

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SCAN-ANIDA Sp. z o.o. ul. Motyla 26, 30-733 Kraków, oraz przez Rapofarm Kamil Rupieta z siedzibą ul. Kazimierza Górskiego 3, 97-400 Bełchatów (podmiotu współpracującego ze SCAN-ANIDA Sp. z o.o. przy przyjmowaniu, analizowaniu, archiwizacji i procesowaniu zgłoszeń do odnośnych władz) [ tak / nie (niepotrzebne skreślić)].

Informujemy iż Pani/Pana dane NIE będą przekazywane innym podmiotom oraz że ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania w wyżej opisanym celu, a także prawo zażądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych.

Podanie danych osobowych przez osoby wykonujące zawód medyczny jest obowiązkowe. W przypadku pozostałych osób podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia zgłoszenia.

PIERWSZE DONIESIENIE:

DONIESIENIE UZUPEŁNIAJĄCE:

- POUFNE -

PACJENT:	Inicjały	Rasa	Data urodzenia/wiek	Płeć:		Masa ciała/wzrost
				K	M	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Wynik:  – powrót do zdrowia bez trwałych następstw

– powrót do zdrowia z trwałymi następstwami

– jest w trakcie leczenia objawów

– niewiadomy

**STOSOWANE LEKI**

Nazwa leku	Lek podejrzany zaznacz „P”	Dawka dobową i częstość dawkowania	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Przyczyna użycia lub nr statystyczny choroby
1.						
2.						
3.						

**INNE STOSOWANE LEKI**

1.						
2.						
3.						

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

**OPIS WADY JAKOŚCIOWEJ PRODUKTU, jeśli wystąpiła:**

Czy dołączono próbkę produktu?  TAK  NIE                      nr serii produktu leczniczego: .....

Czy lek był podany pacjentowi?  TAK  NIE

**INFORMACJE DODATKOWE – PRZEBIEG CIĄŻY (jeżeli dotyczy)**

Data rozwiązania:

**Wynik ciąży:**

- żywy noworodek
- spontaniczne poronienie
- poronienie planowane
- brak danych

**Wynik porodu:**

- noworodek w normie
- wada wrodzona
- inne problemy
- brak danych

**CHPROBY WSPÓLISTNIEJĄCE**

Choroba/objaw	Początek/data	Koniec/data	Trwa nadal	Szczegóły istotne (operacje, zabiegi)

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon/fax:

e-mail:    data i podpis (pieczętka lekarza): \_\_\_\_\_

*(Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez SCAN-ANIDA Sp. z o.o. wyłącznie do celów związanych z realizacją obowiązku monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych)*