POUFNE

RAPORT O NIEPOŻĄDANYM DZIAŁANIU LEKU

Inicjały pacjenta:	wiek:	płeć: ☐ K / ☐ M

Opis objawów: Data wystąpienia objawów: ...../...../.....	Klasyfikacja Ciężkie działanie niepożądane ☐ zgon ☐ zagrożenie życia ☐ trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności ☐ hospitalizacja lub jej przedłużenie ☐ inne, które lekarz uzna za ciężkie

Wynik:
A - powrót do zdrowia bez trwałych następstw
B - powrót do zdrowia z trwałymi następstwami
F - jest w trakcie leczenia objawów
U - niewiadomy

Lek	Dawka dobowa	Droga Podania	Data rozpoczęcia leczenia dd/mm/rr	Data zakończenia leczenia dd/mm/rr	Wskazanie

Inne jednocześnie stosowane leki	data stosowania dd/mm/rr

Informacje dodatkowe:

Ciąża: ☐ Tak / ☐ Nie

wcześniejsze reakcje na leki	czynniki ryzyka	wyniki badań	inne

---------- ---------- ----------
Data **Podpis i pieczątka lekarza/farmaceuty** **Tel. kontaktowy**

EGIS Polska Sp. z o.o., ul. Powązkowska 44C, 01-797 Warszawa,
tel., +48 22 326 04 12, +48 22 326 04 00; fax: +48 22 326 04 65, +48 22 326 04 03,