

<b>ZIOŁOLEK</b>	<b>Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dla pacjenta/opiekuna pacjenta</b>	Strona: 1/2
-----------------	--	-------------

<b>Numer zgłoszenia (wypełnia Rapofarm w imieniu podmiotu odpowiedzialnego):</b>
<b>Data i godzina otrzymania przez podmiot odpowiedzialny:</b>

Proszę uzupełnić wszystkie pola oznaczone kolorem szarym oraz podać możliwie najwięcej dodatkowych informacji

### 1. Opis działania niepożądanego

Jakie objawy niepożądane obserwował Pan/Pani (proszę je wymienić)? Dodatkowo, proszę opisać ich przebieg.

**Jak silne było działanie niepożądane? / Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat określając dotkliwość objawów niepożądanego działania leku /**

- Łagodne (nie przeszkadzało w wypełnianiu codziennych obowiązków)
- Dotkliwe, konieczna była konsultacja z lekarzem
- Poważne, konieczny był pobyt w szpitalu
- zakończone zgonem
- inne....

### Kiedy rozpoczęły się niepożądane działania leku? (proszę podać datę)

**Jak ocenia Pan/Pani obecny stan zdrowia ? / Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat /**

- Objawy ustąpiły całkowicie
- Objawy częściowo ustąpiły
- Objawy utrzymują się
- Objawy nasiliły się
- Inne.....

**Proszę podać, o ile to możliwe dodatkowe informacje.**  
/np.: czy podejmowano leczenie objawów niepożądanych? czy zaprzestano stosowania leku z powodu niepożądanych działań leku?, czy objawy cofały się po przerwaniu stosowania leku?/

### 2. Działanie niepożądane

**U kogo wystąpiło niepożądane działanie?**

u Pani/Pana     u Pani/Pana dziecka     u innej osoby .....

**Dane osoby, u której wystąpiło działanie niepożądane – proszę wypełnić przynajmniej jedno z poniższych pól:**

Inicjały \_\_\_\_\_ Płeć:  Mężczyzna     Kobieta

**Wiek** \_\_\_\_\_ **Masa ciała** \_\_\_\_\_ **Wzrost** \_\_\_\_\_

**Inne istotne informacje** / dla przykładu stan chorobowy lub reakcja alergiczna?/

### 3. Leki, które mogły spowodować działania niepożądane

Proszę podać szczegóły o lekach, które mogły spowodować działanie niepożądane.

**Nazwa leku :** \_\_\_\_\_

na receptę                       bez recepty

**Dawkowanie (przykładowo: tabletki 250 mg, dwa razy dziennie)** \_\_\_\_\_

**Powód stosowania leku:** \_\_\_\_\_

**Data rozpoczęcia leczenia:** \_\_\_\_\_ **Data zakończenia leczenia:** \_\_\_\_\_

Czy przerwano stosowanie leku z powodu niepożądanego działania  Tak  Nie

Jeżeli przyjmował Pan/Pani inne leki w tym samym czasie (które mogły spowodować interakcje) proszę podać o nich informacje.

**Nazwy innych przyjmowanych leków (jeżeli dotyczy)**  na receptę  bez recepty

**Dawkowanie (przykładowo: tabletki 250 mg, dwa razy dziennie)** \_\_\_\_\_

**Powód stosowania leku:** \_\_\_\_\_

**Data rozpoczęcia leczenia:** \_\_\_\_\_ **Data zakończenia leczenia:** \_\_\_\_\_

**Czy uważa Pan/Pani, że któryś z wymienionych powyżej leków mógł spowodować działanie niepożądane**  Tak  Nie  Możliwe

**Jeżeli tak, to czy umie Pan/ Pani wskazać, który to lek (proszę podać nazwę leku):**

Czy przerwano stosowanie leku z powodu niepożądanego działania  Tak  Nie

Czy przyjmował Pan/Pani w ostatnim czasie jakieś inne lekarstwa lub leki ziołowe?  Tak  Nie

Jeżeli tak, to proszę wymienić jakie  
Nazwa leku \_\_\_\_\_

### 4. Lekarz prowadzący

Czy chciałby/aby Pan/Pani abyśmy skontaktowali się z lekarzem prowadzącym ?

Tak  Nie                      Jeżeli tak, proszę podać nazwisko lekarza i adres

**Imię i nazwisko lekarza:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Kod pocztowy:** \_\_\_\_\_

### 5. Informacje o osobie zgłaszającej

**Imię i Nazwisko:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Kod pocztowy:** \_\_\_\_\_

**Numer telefonu lub e-mail:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_