

СЪОБЩЕНИЕ ЗА НЕЖЕЛАНИ ЛЕКАРСТВЕНИ РЕАКЦИИ

ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА				
Инициали* малко фамил.	Пол* ☐ мъжки ☐ женски	Възраст* (години)	Бременност ? ☐ да ☐ не ☐ неизвестно	Държава*:
Нежелана реакция/ събитие Описание*: Изход*: ☐ Възстановяване ☐ Възстановяване с последствия ☐ Възстановяването продължава ☐ Нежелата реакция продължава ☐ Нежеланата реакция е довела до смърт ☐ Неизвестно ☐ Друго Алергии: ☐ да ☐ не ☐ неизвестно моля пояснете: _____ Допълнителна информация: _____				

ПОДОЗИРАНО ЛЕКАРСТВО
Име на лекарствения продукт*: Начин на приложение: Дневна доза: Начало на приема*: Прием на други неподозирани лекарствени продукти:

ДОКЛАДВАЩ
Име*: Адрес: Телефон*: Имейл: Здравен специалист: ☐ Да ☐ Не Дата:

При необходимост, моля копирайте този формуляр. Полетата отбелязани с „*“ са задължителни.

Ние от "Б.Браун Медикал" ЕООД Ви благодарим, че споделихте Вашия опит в употребата на нашите продукти и изразихте опасенията си.