

Punkt 1: Dane administracyjne							
Data otrzymania zgłoszenia		Lokalny numer zgłoszenia:		Raport początkowy:	<input type="checkbox"/>		
Kraj zgłoszenia		Globalny numer zgłoszenia		Raport uzupełniający	<input type="checkbox"/>	Numer	

Punkt 2: Dane pacjenta, u którego wystąpiło zdarzenie niepożądane					
Inicjały	Płeć (niepotrzebne skreślić)	Data urodzenia/ Wiek [w latach]	Rasa	Wzrost [cm]	Waga [kg]
	Mężczyzna / Kobieta / Nieznana				

Punkt 3: Dane osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane			
Imię i Nazwisko		Adres/Adres miejsca pracy	
Telefon/Faks		E-Mail	
Osoba zgłaszająca (niepotrzebne skreślić)	Pacjent / Lekarz / Farmaceuta / Inna osoba (Proszę sprecyzować):		
Dane osobowe są gromadzone tylko jeśli będzie konieczny kontakt pracownika Glenmark w celu uzyskania dalszych informacji dotyczących zdarzenia.			


Punkt 4: Informacja o leku Glenmark, którego dotyczy zgłoszenie			
Nazwa handlowa		Całkowita dawka dobowa	
Postać farmaceutyczna		Sposób stosowania	
Moc		Droga podania	
Numer serii		Czas trwania leczenia	
Termin ważności		Data rozpoczęcia stosowania leku	
Wskazanie		Data zakończenia stosowania leku	

Podjęte działanie	<input type="checkbox"/> Zmniejszenie dawki	<input type="checkbox"/> Przerwanie stosowania dotychczasowej dawki	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Dokończenie leczenia	<input type="checkbox"/> Inne
	<input type="checkbox"/> Zwiększenie dawki	<input type="checkbox"/> Czasowe przerwanie stosowania dotychczasowej dawki	<input type="checkbox"/> Brak zmian/działań	<input type="checkbox"/> Przerwanie leczenia	


Punkt 5: Informacja o innych jednocześnie stosowanych przez pacjenta lekach						
Nazwa handlowa	Postać farmaceutyczna/Moc	Całkowita dawka dobową	Droga podania	Numer serii	Data rozpoczęcia/ Data zakończenia stosowania leku	Wskazanie


Punkt 6: Dane dodatkowe dotyczące zdarzenia niepożądanego				
Zdarzenie niepożądane	Data wystąpienia	Data ustąpienia	Związek przyczynowy z lekiem w ocenie osoby zgłaszającej ¹	Wynik zdarzenia ²


Czy zdarzenie było ciężkie w ocenie zgłaszającego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo	Jeśli tak: (należy zaznaczyć odpowiedni przypadek): Zgon <input type="checkbox"/> Zagrożenie życia <input type="checkbox"/> Wady wrodzone płodu <input type="checkbox"/> Hospitalizacja lub przedłużenie hospitalizacji <input type="checkbox"/> Znaczny uszczerbek na zdrowiu <input type="checkbox"/> Inne w ocenie osoby zgłaszającej <input type="checkbox"/>
¹ Związek przyczynowy z lekiem w ocenie osoby zgłaszającej	Związany; Niezwiązany; Nieznany	
² Następstwa zdarzenia	Zgon; Poprawa; Powrót do zdrowia; Powrót do zdrowia z następstwami; Bez zmian; Pogorszenie; Nie wiadomo	
Opis przypadku: W Punkcie 7 należy podać jak najwięcej informacji, które mogą być przydatne do oceny przypadku.		

 Punkt 7: Opis przypadku		
Przypadek braku działania leku	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Sytuacja szczególne wymagająca zgłoszenia (np. przedawkowanie, niewłaściwe zastosowanie, stosowanie poza wskazaniami, błąd medyczny, ekspozycja na lek dziecka lub osoby w podeszłym wieku, interakcje, wada jakościowa)		
Odstawienie leku	Czy zdarzenie ustąpiło po odstawieniu leku?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Ponowne podanie leku	Czy zdarzenie pojawiło się po ponownym podaniu leku?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Dane dodatkowe dotyczące zdarzenia niepożądanego

 Punkt 8: Informacje dotyczące ciąży		
Czy zgłoszenie dotyczy kobiety w ciąży?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Data ostatniej miesiączki:		Szczegóły dotyczące przebiegu ciąży:
Szacowany termin porodu:		
Czy ciąża przebiegała prawidłowo?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli Nie to należy podać dodatkowe informacje	
Dane po porodzie:		

 Punkt 9: Informacje dotyczące hospitalizacji		
Czy pacjent był hospitalizowany?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Data przyjęcia do szpitala:		Informacje z wypisu ze szpitala
Data wypisu ze szpitala:		

 Punkt 10: Informacje dotyczące śmierci pacjenta			
Czy pacjent zmarł?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		Przyczyna zgonu po autopsji:
Data zgonu:			
Autopsja:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		

Punkt 11: Historia choroby		
Choroba	Data początku choroby:	Data końca choroby:

Punkt 12: Badania laboratoryjne/Inne badania diagnostyczne			
Badanie	Data badania	Wynik	Komentarz

Punkt 13: Zgoda			
Czy osoba zgłaszająca wyraża zgodę na kontakt w celu uzyskania dodatkowych informacji w sprawie zgłoszenia			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dane lekarza prowadzącego			
Jeśli osoba zgłaszająca nie jest osobą wykonującą zawód medyczny, to czy wyraża zgodę na kontakt z lekarzem prowadzącym w celu uzyskania dodatkowych informacji w sprawie zgłoszenia			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Imię i nazwisko lekarza		Specjalizacja	
Adres kontaktowy		Telefon/Faks	
		E-mail:	

Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz	Podpis	Data: