

**Pole obowiązkowe**

<b>Imię i nazwisko pracownika Janssen-Cilag:</b>	<b>Data otrzymania informacji:</b>
--	------------------------------------

<b>PACJENT:</b>	<b>Inicjały:</b>	<b>Data urodzenia/wiek:</b>	<b>Płeć:</b>	<b>Masa ciała:</b>
			Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>	

<b>OPIS OBJAWÓW NIEPOŻĄDANYCH / WAD JAKOŚCIOWYCH:</b>	<b>Data wystąpienia objawów:</b>
	<b>KLASYFIKACJA (O ILE DOTYCZY)</b>
	<b>Ciężkie działanie niepożądane:</b>
	<input type="checkbox"/> zgon
	<input type="checkbox"/> zagrożenie życia
	<input type="checkbox"/> trwałe 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
	<b>Nr statystyczny przyczyny zgonu:</b>

<b>Cięża:</b> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	<b>Leczenie ambulatoryjne:</b> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
<b>Jeśli TAK, tydzień cięża:</b>	<b>Leczenie szpitalne:</b> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

<b>WYNIK:</b>	<input type="checkbox"/> Powrót do zdrowia bez trwałych następstw	<input type="checkbox"/> Powrót do zdrowia z trwałymi następstwami
	<input type="checkbox"/> Jest w trakcie leczenia objawów	<input type="checkbox"/> Niewiadomy

<b>STOSOWANE LEKI:</b>						
Nazwa leku (lek firmy Janssen-Cilag i inne leki stosowane jednocześnie)	Lek podejrzany zaznacz „P”	Dawka dobowo	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania	Przyczyna użycia lub nr statystyczny choroby
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Informacje dodatkowe:** np. wcześniejsze reakcje na lek, czynniki ryzyka, wyniki badań dodatkowych

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Czy dołączono próbkę produktu?</b>	<b>Czy lek był podany pacjentowi?</b>	<b>Nr serii produktu leczniczego:</b>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	_____

<b>DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:</b>	<b>Imię i nazwisko:</b> _____	<b>Data i podpis (pieczętka lekarza):</b> _____
	<b>Adres:</b> _____	
	<b>Telefon/fax:</b> _____	
	<b>E-mail:</b> _____	