

**W przypadku działania niepożądanego należy wypełnić Formularz Zgłoszenia Działania Niepożądanego Leku**

Tylko do użytku Olimp Laboratories

Numer \_\_\_\_\_

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny/Data otrzymania publikacji przez podmiot odpowiedzialny \_\_\_\_\_

Osoba przyjmująca zgłoszenie \_\_\_\_\_

Podpis osoby przyjmującej \_\_\_\_\_

**1) LEK(I) STOSOWANY(E) W CZASIE CIĄŻY**

Nazwa leku lub substancji czynnej	Wskazanie(a)	Nr serii	Data ważności
Czynności podjęte w stosunku do leku (dawka zwiększona/zmniejszona, lek odstawiony/ponownie podany, nie podjęto czynności, nie wiadomo)	Dawkowanie, droga podania, postać leku	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania

**2) INFORMACJE O OSOBIE ZGŁASZAJĄCEJ**

Nazwisko i imię	Adres (ulica, miasto, kraj)*		
Nr telefonu	Kwalifikacje osoby zgłaszającej		
E-mail	<input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Farmaceuta <input type="checkbox"/> Autor publikacji medycznej	<input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny <input type="checkbox"/> Osoba niewykonująca zawodu medycznego <input type="checkbox"/> Pacjent	
Data wypełnienia formularza	Podpis osoby zgłaszającej**	Zgłoszone do organów stanowiących? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo	

\*Osoba wykonująca zawód medyczny powinna podać adres wykonywania zawodu. \*\* Podpis wymagany tylko, gdy formularz nie jest przekazywany drogą elektroniczną

**3) INFORMACJE DOTYCZĄCE MATKI**

Inicjały	Data urodzenia lub wiek	Masa ciała (kg) _____ Wzrost (cm) _____	Rasa <input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Azjatycka <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/> Czarna <input type="checkbox"/> Nie podano
Czy ciąża trwa nadal?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Wiek ciąży w tyg.:	
Przewidywana data porodu?		Data rozwiązania:	
Rozpoznanie ciąży:	<input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Test ciążowy	<input type="checkbox"/> Badanie ginekologiczne	
Wywiad lekarski i ginekologiczno-położniczy:	(problemy zdrowotne matki, stosowane leki, palenie, nadużywanie alkoholu, alergie, informacje o poprzednich ciążach, ile dzieci)		
Czy w czasie ciąży wystąpiły jakieś zdarzenia medyczne? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
Jeśli Tak, proszę opisać poniżej wszelkie powikłania, infekcje, choroby w czasie ciąży i ekspozycję na leki			

**4) INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAKOŃCZENIA CIĄŻY**

<input type="checkbox"/> Poród naturalny	<input type="checkbox"/> Cesarskie cięcie	<input type="checkbox"/> Poród zabiegowy	<input type="checkbox"/> Poronienie	<input type="checkbox"/> Nie podano
<input type="checkbox"/> Przerwanie ciąży				
Czy przerwaniu ciąży było zalecane przez lekarza? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
Jeśli Tak, proszę sprecyzować _____				
<input type="checkbox"/> Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu				
<input type="checkbox"/> Poród o czasie – wiek ciąży (w tygodniach):				
<input type="checkbox"/> Poród przed czasem: Jeśli wystąpił poród przed czasem, proszę podać wiek ciążowy _____ tygodni				
<input type="checkbox"/> Nie podano				
Proszę podać szczegóły nieprawidłowego stanu lub komplikacji w czasie porodu/po porodzie. Proszę opisać objawy, diagnozę, badania i wskazać prawdopodobną przyczynę zdarzenia				

**5) INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA**

<input type="checkbox"/> Zdrowy noworodek	<input type="checkbox"/> Komplikacje u noworodka	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona/Uraz okołoporodowy		
<input type="checkbox"/> Martwe urodzenie	<input type="checkbox"/> Ciąża mnoga	<input type="checkbox"/> Śmierć dziecka po urodzeniu		
Data urodzenia dziecka:	Masa ciała: Długość:	Płeć dziecka: <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> męska		
Ocena w skali Apgar:	W 1 minucie życia:	W 5 minucie życia:	W 10 minucie życia:	
Dodatkowe informacje o stanie zdrowia dziecka:				
Jeśli wystąpiło zdarzenie (u matki, płodu, noworodka), czy istnieje uzasadniona możliwość, że mogło to być spowodowane przez lek stosowany w czasie ciąży? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
Jeśli tak, proszę podać nazwę leku i przyczynę jego zastosowania:				