



Farmakovigilancia

## Nem várt esemény/sérülés – spontán jelentés nyomtatvány

Helyi Bayer PV azonosító:	A jelentés érkezésének dátuma*:
Elsődleges jelentés <input type="checkbox"/> Utánkövetés <input type="checkbox"/>	Utánkövetést kértek: igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>

**➔ A nem várt eseményt/sérülést elszenvedő személy adatai:**

Iniciáléja	Neme* férfi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>	Kora* [évek]	Ez a személy (válasszon egyet)*: Kezelőorvos <input type="checkbox"/> Beteg/fogyasztó <input type="checkbox"/> Más, aki kezelte a terméket <input type="checkbox"/> részletezze:
------------	--	-----------------	--

**➔ Milyen nem várt esemény/sérülés lépett fel\*:**

1.*	2.	3.	4.
Dátum*:	Dátum:	Dátum:	Dátum:
Kórházba került-e a beteg?*	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	Meghalt-e a beteg?*	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Szükség volt orvosi/sebészi beavatkozásra? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>			

**➔ A nem várt esemény(ek)/sérülések és elvégzett beavatkozások részletes leírása\*:**

Kontraszt anyagok esetén írja le az eljárást (pl. MRI, CT)

**➔ Mely Bayer gyógyszerrel/orvos-technikai eszközzel hozható kapcsolatba?\***

Gyári név/ Hatóanyag*	Gyógyszer forma	Napi össz adag	Adago- lás	Beadás módja	Gyártási szám**	-tól –ig vagy napok	Javallat
MINTA: Ciprobay / Ciprofloxacín	Tabletta	500 mg	2x250 mg	Per os	678 9045	2004Máj12 2004Máj15	Húgyúti fertőció

Rendelkezésre áll az orvos-technikai eszköz visszaküldésre? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	Az eszköz széria száma	Az eszköz szoftverének verzió száma:
--	------------------------	--------------------------------------

**➔ Ki jelentette a nem várt eseményt/sérülést?\*** [töltse ki a helyi adatvédelmi szabályoknak megfelelően]

Neve	
Címe	
Telefon/Fax/ E-Mail	
Orvos* <input type="checkbox"/> Beteg <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> és pedigr:	
Együtt járt minőségi panasszal (PTC)? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	

Hungarian translation version #: 22-Jan-2021

**➔ CSAK AZ ÍGY JELÖLTEKET TÖLTSE KI! \* KÖTELEZŐ MEGADNI \*\*BIOLÓGIAI TERMÉKEK ESETÉN KÖTELEZŐ**

**KÉRJÜK JUTTASSA EL A JELENTÉST A KÖVETKEZŐ CÍMRE: [lds.hungary@bayer.com](mailto:lds.hungary@bayer.com)**

**BAYER HUNGARIA KFT., FARMAKOVIGILANCIA OSZTÁLY, 1123 BUDAPEST, ALKOTÁS U. 50., FAX: +36 1 212 1575**