Farmakovigilancia

Nem várt esemény/sérülés – spontán jelentés nyomtatvány

Helyi Bayer PV azonosító:	A jelentés érkezésének dátuma*:	
Elsődleges jelentés ☐ Utánkövetés ☐	Utánkövetést kértek: igen ☐ Nem ☐	

A nem várt eseményt/sérülést elszenvedő személy adatai:

Iniciáléja	Neme* férfi ☐ nő ☐	Kora* [évek]	Ez a személy (válasszon egyet)*: Kezelőorvos ☐ Beteg/fogyasztó ☐ Más, aki kezelte a terméket ☐ részletezze:

Milyen nem várt esemény/sérülés lépett fel*

1.*	2.	3.	4.
Dátum*:	Dátum:	Dátum:	Dátum:

Kórházba került-e a beteg?* Igen ☐ Nem ☐ Meghalt-e a beteg?* Igen ☐ Nem ☐

Szükség volt orvosi/sebészi beavatkozásra? Igen ☐ Nem ☐

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 / Ciprofloxacin	Tabletta	500 mg	2x250 mg	Per os	678 9045	2004Máj12 2004Máj15	Húgyúti infectio

Rendelkezésre áll az orvos-technikai eszköz visszaküldésre? Igen ☐ Nem ☐	Az eszköz széria száma	Az eszköz szoftverének verzió száma:

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

Neve	
Címe	
Telefon/Fax/ E-Mail	

Orvos* ☐ Beteg ☐ Más ☐ éspedig:

Együtt járt minőségi panasszal (PTC)? Igen ☐ Nem ☐

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

BAYER HUNGARIA KFT., FARMAKOVIGILANCIA OSZTÁLY, 1117 BUDAPEST, DOMBÓVÁRI ÚT 26.