

Zakład Farmaceutyczny
„Amara” Sp. z o.o.
30-851 Kraków
ul. Stacyjna 5

**Formularz zgłoszenia niepożądanego działania
produktu leczniczego dla osoby wykonującej
zawód medyczny**



F06/SPO-ZJ-0003/1

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

Imię i nazwisko: Specjalizacja:
Adres miejsca wykonywania zawodu:.....
Telefon: Fax:
E-mail: Data i podpis:

Aby zgłoszenie było ważne, musi zawierać przynajmniej:

1. Dane identyfikacyjne pacjenta
2. Opis działania niepożądanego (jednego lub więcej)
3. Nazwę produktu leczniczego / substancji czynnej, której stosowanie spowodowało podejrzenie działania niepożądanego.
4. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszającej

Wypełnienie pozostałych pól formularza ułatwi ocenę związku przyczynowo-skutkowego między produktem leczniczym a działaniem niepożądanym.

**OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA NADZÓR NAD BEZPIECZEŃSTWEM FARMAKOTERAPII
w Z. F. AMARA Sp. z o.o.
MGR FARM. FILIP PÓŁTORANOS
tel. 012 657 40 40 wew.28
faks 012 657 40 40 wew. 34
tel. kom. 600 466 701**

**DEPARTAMENT MONITOROWANIA
NIEPOŻĄDANYCH DZIAŁAŃ PRODUKTÓW
LECZNICZYCH
URZĄD REJESTRACJI PRODUKTÓW LECZNICZYCH,
WYROBÓW MEDYCZNYCH I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH
Al. Jerozolimskie 181 C
02-222 Warszawa
tel. (22) 49 21 301
faks (22) 49 21 309
e-mail: ndl@urpl.gov.pl**