***Повідомлення про побічну реакцію та/або відсутність ефективності лікарських засобів***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА** | | | |
| ПІБ пацієнта | Дата народження/Вік | Стать | Контактний телефон |
|  |  | € чол. € жін |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** **ІНФОРМАЦІЯ ПРО** **підозрюваний лікарський засіб** | |
| Торгова назва лікарського засобу | Лікарська форма |
|  |  |
| Заявник лікарського засобу, країна | |
|  | |
| Підозрюваний лікарський засіб був призначений пацієнту лікарем: € так € ні | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ТА/АБО ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ** | | |
| Опис проявів побічної реакції або зазначення про відсутність ефективності | Дата початку побічної реакції/час: | Дата закінчення побічної реакції/час: |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Інформація про повідомника** |
| **(Для медичних працівників)** – спеціальність, місце роботи: |
| ПІБ повідомника: |
| Контактний телефон:  Email: |
| Дата |