



## Formularz narażenia na produkt leczniczy w ciąży

Natur Produkt ZDROVIT Sp. z o.o.  
01-918 Warszawa, ul. Nocznickiego 31  
tel. +48 (22) 56 98 200, fax. +48 (22) 83 51 557  
phv@zdrovit.pl

**W przypadku podejrzenia wystąpienia działania niepożądanego należy dodatkowo wypełnić formularz zgłoszenia działania niepożądanego produktu leczniczego**

### 1. Informacje o matce

Inicjały: \_\_\_\_\_

Data urodzenia lub wiek: \_\_\_\_\_

Czy ciąża trwa nadal:  Tak  Nie

Wiek ciąży w tygodniach: \_\_\_\_\_

Data zakończenia ciąży: \_\_\_\_\_

Przewidywana data porodu: \_\_\_\_\_

Rozpoznanie ciąży:  USG  Test ciążowy  Badanie ginekologiczne

Informacje o stanie zdrowia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy wystąpiły powikłania w czasie trwania ciąży:

Nie  Tak

Jeśli tak, jakie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Informacje o stosowanym produkcie leczniczym

Nazwa produktu leczniczego*	Dawkowanie	Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data rozpoczęcia zakończenia	Przyczyna użycia lub nr statystyczny choroby	Numer serii i data ważności

### 3. Informacje o porodzie

Poród naturalny  Cięcie cesarskie  Poronienie

Przerwanie ciąży  Nie  Tak

Powody przerwania ciąży: \_\_\_\_\_

Poród  Poród o czasie – wiek ciążowy (w tygodniach)  Poród przed czasem – wiek ciążowy (w tygodniach)

Nie wiadomo

Dodatkowe informacje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. Informacje o dziecku

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zdrowe dziecko | <input type="checkbox"/> Cięża pojedyncza | <input type="checkbox"/> Komplikacje u dziecka       |
| <input type="checkbox"/> Martwe dziecko | <input type="checkbox"/> Cięża mnoga      | <input type="checkbox"/> Wada wrodzona               |
|   |   | <input type="checkbox"/> Śmierć dziecka po urodzeniu |

Data urodzenia dziecka: \_\_\_\_\_

Masa ciała: \_\_\_\_\_

Długość: \_\_\_\_\_

Płeć:  Żeńska  Męska

Ocena w skali Apgar: \_\_\_\_\_

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia dziecka:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 5. Informacje o osobie zgłaszającej

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Klasyfikacja osoby raportującej:

Lekarz  Farmaceuta  Inna osoba wykonująca zawód medyczny.

Pacjent Jaka? \_\_\_\_\_

Data i podpis\*: \_\_\_\_\_

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z nadzorem nad bezpieczeństwem farmakoterapii, zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami). Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) informujemy, iż administratorem danych jest Natur Produkt Zdrowit Sp. z o.o. Przedmiotowe dane są przetwarzane w celu niezbędnym dla prowadzenia rejestru działań niepożądanych. Obowiązek ich podania wynika z przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.).

#### Tylko do użytku MAH

Numer zgłoszenia: \_\_\_\_\_

Data otrzymania przez podmiot odpowiedzialny: \_\_\_\_\_

Dane osoby przyjmującej zgłoszenie: \_\_\_\_\_

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie: \_\_\_\_\_

W jaki sposób zgłoszenie otrzymano:  Telefonicznie  Fax  Email  List  Literatura  Inne .....

Rodzaj zgłoszenia:  Zgłoszenie początkowe  Zgłoszenie uzupełniające