

СООБЩЕНИЕ О ЖАЛОБЕ НА КАЧЕСТВО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ ВЫ НАМ ПРЕДОСТАВЛЯЕТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ И НЕ ПОДЛЕЖИТ РАЗГЛАШЕНИЮ, КРОМЕ СЛУЧАЕВ, УСТАНОВЛЕННЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ

ИНФОРМАЦИЯ О УВЕДОМИТЕЛЕ

ФИО:	Специальность:
Место работы:	Адрес:
Телефон:	E-mail:

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (ПОТРЕБИТЕЛЕ)

Инициалы:	Пол: <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Жен <input type="checkbox"/> Неизвестно	Вес (кг):	Возраст:	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Заболевания печени:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	Заболевания почек:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Аллергия:	<input type="checkbox"/> Да (указать на что) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	Беременность:	<input type="checkbox"/> Да Срок _____ недель <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Дополнительная информация:				

ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ

Препарат (торговое название, доза, форма выпуска)	Серия	Годен до	Показания к назначению	Место приобретения (аптека, адрес)	Дата приобретения

ИНФОРМАЦИЯ О ЖАЛОБЕ НА КАЧЕСТВО ПРЕПАРАТА

Описание жалобы

Ф.И. сотрудника компании: _____ Должность: _____ Регион: _____

Дата получения информации: _____ Дата подачи в отдел фармаконадзора: _____ Подпись: _____