



BEJELENTŐ FORMANYOMTATVÁNY

Mellékhatás észlelése vagy nem kívánatos esemény előfordulása

Az alábbi formanyomtatvány kitöltése akkor szükséges, amennyiben a Linde Healthcare termékeinek és/vagy szolgáltatásainak használatával kapcsolatban bármilyen mellékhatást, nemkívánatos esemény előfordulását tapasztalta. Kérjük a mellékhatás vagy nem kívánatos esemény leírásakor a lehető legteljesebb információt szolgáltatassa.

Kérjük jelölje, hogy Ön a mellékhatást/nem kívánatos eseményt bejelentő személy melyik csoporthoz tartozik!

- ☐ egészségügyi szakember vagyok (pl. orvos/mentő)
☐ nem vagyok egészségügyi szakember (pl. a terméket felhasználó páciens/beteg vagy hozzátartozója)

A bejelentést végző személy neve

A bejelentést végző személy lakcíme

Irányítószám:
Település/Város:
Utca, házszám:

A bejelentést végző személy elérhetősége/kapcsolattartás

e-mail cím:
Telefonszám:

Mellékhatást/nem kívánatos eseményt tapasztalt páciens azonosítása (X-el jelölje a megfelelőt)

A páciens/beteg nevének kezdőbetűi:

Neme: ☐ férfi / ☐ nő

A páciens/beteg kora:

Az érintett termék neve, amit a mellékhatás/nem kívánatos esemény észlelésekor használt

Termék neve:
Felhasználásának módja:
Termék sarzsszám/azonosítószám (ha nem találja, kérjük hagyja üresen):

Az észlelt mellékhatás, nem kívánatos esemény részletes leírása

A mellékhatás/nem kívánatos esemény észlelésének ideje (év/hónap/nap):
Milyen mellékhatást tapasztalt? / Milyen nem kívánatos esemény történt?

Szedett-e más gyógyszert a termékünk/eszközünk használatával párhuzamosan? Ha igen, kérjük írja le.