

Hlásenie podozrenia na nežiaduce účinky

Dátum*:

Iniciály pacienta* (prvé písmeno krstného mena, prvé písmeno priezviska):

Vek pacienta*:

Pohlavie pacienta:

Prípravok*:

Zaznamenali ste nežiadúci účinok*?

ÁNO/NIE

Pokiaľ ÁNO, popíšte tento nežiaduci účinok*:

Kedy k nežiaducemu účinku došlo*?

Informovali ste o tom odborného pracovníka v zdravotníctve*?

ÁNO/NIE

Pokiaľ ÁNO, aký bol jeho odborný záver?:

Prerušili ste liečbu?

ÁNO/NIE

Súhlasíte s tým, aby Vás kontaktovala lokálna osoba pre farmakovigilanciu spoločnosti Stallergenes Greer a prebrala s Vami toto hlásenie?

ÁNO/NIE

Pokiaľ ÁNO, môžete prosím uviesť vaše kontaktné údaje (email alebo telefón):

*povinné polia
