

Hlášení podezření na nežádoucí účinky

Datum*:

Iniciály pacienta* (první písmeno křestního jména, první písmeno příjmení):

Věk pacienta*:

Pohlaví pacienta:

Přípravek*:

Zaznamenali jste nežádoucí účinek*?

- ANO/NE
- Pokud ANO, popište tento nežádoucí účinek*:

Kdy k nežádoucímu účinku došlo*?

Informovali jste o tom odborného pracovníka ve zdravotnictví*?

- ANO/NE
- Pokud ANO, jaký byl jeho odborný závěr?:

Přerušili jste léčbu?

- ANO/NE

Souhlasíte s tím, aby Vás kontaktovala lokální osoba pro farmakovigilanci společnosti Stallergenes Greer a probral s Vámi toto hlášení?

- ANO/NE
- Pokud ANO, můžete prosím uvést své kontaktní údaje (email nebo telefon):

*povinná pole
