**Форма сообщения по безопасности**

При заполнении формы, пожалуйста, обратите внимание на рекомендации над каждым из разделов. По возможности внесите всю известную Вам информацию по каждому разделу.

Пожалуйста, обратите внимание, что поля, отмеченные символом (\*), обязательны для заполнения!

**Пожалуйста убедитесь, что Вы сообщили минимально необходимую информацию:**

* **Идентифицируемый пациент или потребитель препарата** (инициалы / пол / возраст);

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: персональные данные пациента или потребителя препарата не указываются!

* **Подозреваемый препарат** (даже если есть хотя бы сомнительная связь);
* **Описание нежелательной реакции на препарат или иной информации по безопасности** (дата события, дословное описание случившегося);
* **Идентифицируемый первоисточник** (кто сообщил информацию, контактные данные);

Источник может быть идентифицирован по имени или инициалам, адресу или квалификации (например, врач, провизор и др.), контакт для обратной связи (телефон, почтовый адрес, е-mail).

* **Дата**, когда вы получили информацию.

**Как к Вам можно обращаться?** \*

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Контактные данные**, которые Вы готовы предоставить для обратной связи\*

**Ваш контактный телефон:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**E-mail:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Место работы (для медицинского работника):**

|  |
| --- |
| Введите текст. |

**Должность (для медицинского работника):**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ ИЛИ ПОТРЕБИТЕЛЕ ПРЕПАРАТА**

**Инициалы пациента:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Пол:**\*

Мужчина Женщина

**Возраст** (желательно указать):

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Известные аллергические реакции:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Хронические заболевания:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Форма лечения:**

Амбулаторное Стационарное Самолечение

**Опишите сопутствующую терапию** (любые лекарственные средства, немедикаментозная терапия):

|  |
| --- |
| Введите текст |

**ИНФОРМАЦИЯ О ПОДОЗРЕВАЕМОМ ПРЕПАРАТЕ**

**Название препарата:**\*

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Форма выпуска** (таблетки, капсулы, раствор и т.д.):

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Номер серии:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Производитель:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Доза:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Способ введения** (перорально, внутримышечно, внутривенно, и т.п.):

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Показание или заболевание для применения препарата:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Дата начала приема препарата:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Дата окончания приема препарата:**

|  |
| --- |
| Введите текст |

**ОПИСАНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРЕПАРАТ ИЛИ ИНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПО БЕЗОПАСНОСТИ**

**Описание нежелательной реакции на препарат или иной информации по безопасности** (пожалуйста, сообщите дату события, дайте как можно более подробное описание случившегося):\*

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Дата, когда Вы получили/узнали информацию**\*

|  |
| --- |
| Введите текст |

**Согласие на обработку данных**

Обратите внимание, что в соответствии с установленным Федеральным Законом № 152-ФЗ от 27.07.2007 «О персональных данных» получение от Вас личных данных и любой другой конфиденциальной информации не является обязательным.

Вы подтверждаете свою дееспособность и добровольно даете согласие ООО «НоваМедика» на обработку своих персональных данных и любой другой конфиденциальной информации, которую Вы отправляете нам через сайт [www.novamedica.com](http://www.novamedica.com) (online), по электроннойпочте (на e-mail), по почте или сообщаете по телефону для следующих целей:

- для связи с Вами, в том числе для ответа на заданный Вами вопрос или предоставления запрошенной Вами информации;

- для уточнения или получения дополнительной информации в случае необходимости;

- в целях обеспечения мониторинга безопасности лекарственных препаратов, в том числе для контроля качества и/или подлинности лекарственных препаратов;

- для исполнения иных требований действующего законодательства РФ.

Вы вправе в любое время получать подтверждение факта обработки Ваших персональных данных, а также любые другие сведения, связанные с обработкой Ваших персональных данных в соответствии с порядком, установленным Федеральным Законом № 152-ФЗ от 27.07.2007 «О персональных данных». Вы имеете право на ознакомление с обрабатываемыми персональными данными, а также с информацией о целях обработки, категории обрабатываемых данных, действиях с данными, получателях данных и гарантиях при передаче данных третьим лицам, сроках обработки, источниках получения данных.

**Я подтверждаю, что даю Согласие компании ООО “НоваМедика” на обработку своих персональных данных и любой другой информации, которая содержится в данном сообщении**\*

**Подтверждаю**\*

Обратите внимание, что в случае Вашего отказа передать информацию на обработку, данное сообщение рассматриваться и обрабатываться не может.