



## Spontán bejelentés űrlap

**\*Kötelezően kitöltendő mező!**

### 1. A BEJELENTŐ ADATAI

Kérjük, adja meg elérhetőségét, hogy a bejelentés kivizsgálását követően adott esetben fel tudjuk venni Önnel a kapcsolatot!

A bejelentő neve\*

Telefonszám és/vagy e-mail cím\*

Kérjük jelölje, melyik csoporthoz tartozik!\*

Kérjük válasszon a legördülő listából!

Ország\*

Irányítószám\*

Település

### 2. A BETEG ADATAI (akinél a mellékhatások jelentkeztek)

Beteg nevének kezdőbetűi\*

Beteg neve\*

Kérjük, válassza ki a beteg nemét!

Beteg életkora\*

Kérjük válasszon!

éves

Beteg születési dátuma

Év

Hónap

Nap



## Spontán bejelentés űrlap

**\*Kötelezően kitöltendő mező!**

### 3. AZ ÉRINTETT TERMÉK

<b>A termék neve*</b>			
<b>Gyártási szám, UDI*</b>			
Terméktípus	Kérjük válasszon a legördülő listából!		
Alkalmazott behatási idő			
Felhasználási terület	Kérjük válasszon a legördülő listából!		
Milyen felületen alkalmazta a terméket?			
Alkamazás idejének kezdete	Év	Hónap	Nap
Alkamazás idejének vége	Év	Hónap	Nap

### 4. A MELLÉKHATÁS(OK) LEÍRÁSA

<b>Mellékhatások szöveges leírása*</b>			
<b>A mellékhatás kimenetele a betegre nézve*</b>	Kérjük válasszon a legördülő listából!		
<b>Súlyos volt-e bármelyik mellékhatás?*</b>	Kérjük válasszon a legördülő listából!		
Mellékhatás kezdete	Év	Hónap	Nap
Mellékhatás vége	Év	Hónap	Nap
Egyéb kapcsolódó információ			