

ZGŁOSZENIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO

DANE PACJENTA - wypełnia PACJENT

Data	
Imię	
Nazwisko	
Adres e-mail	
Numer telefonu	
Adres zamieszkania	
Kod pocztowy	
Język	

PRODUKT - wypełnia PACJENT

Marka produktu	<input type="checkbox"/> Bioderma	<input type="checkbox"/> Institut Esthederm	<input type="checkbox"/> Etat Pur	Zaznacz opcję	
Nazwa produktu					
Numer serii produktu					
Typ reakcji niepożądaney	<input type="checkbox"/> Rumień	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Obrzęk	Zaznacz opcję	
	<input type="checkbox"/> Pieczenie	<input type="checkbox"/> Wypryski	<input type="checkbox"/> Inny		
Opis działań niepożądanych					
Intensywność zmian	<input type="checkbox"/> Wysoka	<input type="checkbox"/> Średnia	<input type="checkbox"/> Niska	Zaznacz opcję	
Odbyta konsultacja lekarska	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE		Zaznacz opcję

DANE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOZENIE - wypełnia NAOS

Imię i Nazwisko	
-----------------	--