



**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

Imię i nazwisko: ..... Specjalizacja: .....  
Adres miejsca wykonywania zawodu:.....  
Telefon: ..... Fax: .....  
E-mail: ..... Data i podpis: .....

Aby zgłoszenie było ważne, musi zawierać przynajmniej:

1. Dane identyfikacyjne pacjenta
2. Opis działania niepożądanego (jednego lub więcej)
3. Nazwę produktu leczniczego / substancji czynnej, której stosowanie spowodowało podejrzenie działania niepożądanego.
4. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszającej

Wypełnienie pozostałych pól formularza ułatwi ocenę związku przyczynowo-skutkowego między produktem leczniczym a działaniem niepożądanym.

**DEPARTAMENT MONITOROWANIA  
NIEPOŻĄDANYCH DZIAŁAŃ PRODUKTÓW  
LECZNICZYCH  
ELANDA PHARMA SP. Z O.O.  
UL. SPORTOWA 9  
97-340 ROZPRZA**

**Działania niepożądane można zgłosić:**

- listownie na powyżej wskazany adres siedziby;
- przez email: [elanda@elanda.pl](mailto:elanda@elanda.pl) lub [pv@rapofarm.pl](mailto:pv@rapofarm.pl)
- faksem tel.: 44 615 82 53 lub 516 098 801