

МЭЛСМОН

Информация о нежелательном явлении

Информация о заявителе

Вы являетесь	Врачом, другим специалистом здравоохранения, родственником, пациентом, иное <i>Подчеркнуть или выделить нужное</i>
Контактный телефон*	
Электронная почта*	
Фамилия Имя Отчество (полностью)	

Информация о пациенте

Ф.И.О. пациента <i>Первые буквы Фамилии, Имени, Отчества</i>	
Пол	
Дата рождения / возраст	

Лекарственный препарат, предположительно вызвавший проблемы безопасности

Торговое название, МНН *			
Номер серии лекарственного препарата*			
Описание ситуации/нежелательной реакции *			
Дата начала применения лекарственного препарата		Дата окончания применения лекарственного препарата	
Дата возникновения нежелательной реакции		Дата завершения нежелательной реакции	

Дата _____

Подпись _____

Дополнительная информация

<p>Напишите «Да» или поставьте <input data-bbox="646 1422 710 1489" type="checkbox"/> ✓</p>	<p>Настоящим я даю свое Согласие АО «Органика» на обработку моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование для целей, связанных с обеспечением соблюдения законодательства Российской Федерации и локальных актов АО «Органика» в сфере мониторинга безопасности лекарственных средств. Настоящее Согласие дается в отношении любых категорий персональных данных, предоставляемых при отправке карты-извещения по адресу электронной почты consul@regmed.biz. В соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящее Согласие приравнивается к письменному согласию и действует в течение неопределенного срока.</p> <p>Настоящее Согласие может быть отозвано путем направления в ООО «Мелсмон.Ру» уведомления об отзыве настоящего Согласия по адресу электронной почты: consul@regmed.biz. Настоящее Согласие может утратить силу в соответствии с положениями действующего законодательства Российской Федерации.</p>

* поле обязательно к заполнению

Дата _____

Подпись _____