

	Formularz Nr 1 do Procedury SZJ-5-05	obowiązuje od:
		10.11.2021r.
tytuł: Formularz FCS		strona: 1 z 1

	Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Spółka Akcyjna 03-176 Warszawa, ul. A. Fleminga 2	POUFNE (confidential)
---	---	-----------------------

Formularz Pierwszego Kontaktu

(First Contact Sheet)

DOTYCZY PRODUKTU LECZNICZEGO (medicinal product):	NR ZGŁOSZENIA (report no): Data zgłoszenia (receipt date):
---	---

MOC (strenght)	POSTAĆ LEKU (form)	SERIA (batch no)	DATA WAŻNOŚCI (expire date)

INFORMACJE O PACJENCIE I PRODUKCIE LECZNICZYM

INICJAŁY PACJENTA (initials)	WIEK (age)	PŁEĆ (sex)	DATA WYSTĄPIENIA (onset date)	PRZYCZYNA ZASTOSOWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO (indication(s) for use)	INNE PODANE PRODUKTY LECZNICZE (concomitant/other medicinal products)

Dodatkowe informacje (additional information):

Podjęte działania (actions taken):

DANE ZGŁASZAJĄCEGO (Reporter data)

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA FIRMY/Pacjent/Lekarz/Farmaceuta/Przedstawiciel Pacjenta/Opiekun (name and surname/ company name- patient, physician, pharmacist, patient's representative, care provider)	DANE KONTAKTOWE (Nr telefonu/adres/e-mail/inne phone /mail/e-mail/others)
---	--

DANE PRZYJMUJĄCEGO (recipient data)

IMIĘ I NAZWISKO/DZIAŁ (pracownik Działu PV, zapewnienia jakości, przedstawiciel medyczny, inny pracownik Polfy- (PV employee, Quality Assurance employee, Medical Representative, Other Polfa employee)	DATA I PODPIS (date, signature)
--	--

Prosimy o odesłanie wypełnionego formularza w ciągu 24 godzin na **adres e-mail** (Please send the filled out form on the e-mail within 24 hours) pharmacovigilance@tzf.pl lub pocztą tradycyjną (or by mail) **na adres** Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne "Polfa" SA Fleminga 2, 03-176 Warszawa

Wypełnia Dział Bezpieczeństwa Farmakoterapii

(To be filled in by the PV Department at Polfa Tarchomin)

Zakwalifikowano jako - właściwe podkreślić (Classified as - underline the appropriate):

zgłoszenie działania niepożądanego (ICSR) / zapytanie medyczne (Medical query) / zastrzeżenie jakościowe (Quality complaint) / przypadek ciąży (Pregnancy involving case) / inne (Other)

Data (Date).....

Podpis (Signature).....