|  |
| --- |
| **Извещение о нежелательной реакции от потребителя**  ФБ-СОП-2200-0001 |
| **Раздел А. Информация о лице, заполняющем форму** |
| Фамилия, имя, отчество (если таковое имеется) |  |
| Номер телефона (в формате +375 (XX) XXX-XX-XX) |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Дата заполнения извещения |  |
| **Раздел Б. Информация о пациенте** |
| Инициалы |  |
| Пол |  |
| Возраст |  |
| **Раздел В. Информация о подозреваемом лекарственном препарате** |
| Название лекарственного препарата |  |
| Дозировка |  |
| Лекарственная форма |  |
| Производитель |  |
| Номер серии (указан на упаковке) |  |
| **Раздел Г. Информация о нежелательной реакции** |
| Опишите максимально подробно проблему, которая возникла после приема подозреваемого лекарственного препарата. |
| Отправьте данное извещение СП ООО «ФАРМЛЭНД» любым удобным для Вас способом:- по почте: 220113, г. Минск, ул. Восточная, 129;- по электронной почте: pharmacovigilance@pharmland.by;- по факсу: +375 (17) 237-26-93 (в будние дни с 9.00 до 17.30). |
| Для уточнения представленных данных с Вами свяжется специалист по фармаконадзору. Просим сохранить упаковку с лекарственным препаратом с целью получения дополнительной информации. |
| **Благодарим Вас за помощь!** |

**Отправляя письмо со своими персональными данными, вы даете согласие на их обработку.**

Ознакомиться с политикой в области обработки персональных данных можно по этой ссылке - <https://pharmland.by/politika-sp-ooo-farmlend-v-oblasti-obrabotki-personalnyh-dannyh.html>