**Информация о пациенте**

ФИО\*

Возраст\* (полных лет)

Пол\* Мужской/ Женский

Регион

**Информация о препарате**

Наименование препарата\*

Серия препарата\*

Форма выпуска\*

Производитель\*

Заболевание, для лечения/профилактики которого принимался препарат\*

Дата начала приема препарата

Дата прекращения приема препарата

Дата начала нежелательного явления

Дата окончания нежелательного явления

Какие сопутствующие препараты принимались

Препарат назначен врачом/самостоятельно

Описание нежелательного явления

(симптомы, результаты лабораторных исследований)\*

Информация об отправителе\*

ФИО отправителя

Предпочтительный способ обратной связи\*(e-mail,телефон)

Отправляя форму о нежелательном явлении, я подтверждаю свою дееспособность и даю Согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с Политикой конфиденциальности.