

Segnalazione di sospetta reazione avversa

*Data della segnalazione**

*Iniziali del paziente (prima lettera del nome, prima lettera del cognome)**

*Età del paziente**

Sesso del paziente

*Prodotto**

*Ha avuto una reazione avversa?**

SI/NO

*Se la risposta è sì, per favore descriva la reazione**

*Quando è accaduto?**

*Ha già consultato un medico o farmacista?**

SI/NO

Se la risposta è sì, per favore descriva la diagnosi ricevuta

Ha interrotto il trattamento?

SI/NO

Presta il suo consenso ad essere contattato da un esperto di Stallergenes per discutere questa segnalazione?

SI/NO

Se la risposta è sì, per favore fornisca i suoi recapiti (indirizzo e-mail o numero telefonico)

**campi obbligatori*
