## Извещение о нежелательной реакции на лекарственный препарат

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакции:Фамилия, собственное имя, отечество (если таковое имеется):Телефон:Должность служащего и место работы:Место нахождения организации: | Информация о пациентеИнициалы:Номер медицинской карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол: 🞏 М 🞏 Ж Возраст: Вес (кг):\_\_\_\_\_\_\_\_Нарушение функции печени:🞏 да 🞏 нет 🞏 неизвестноНарушение функции почек:🞏 да 🞏 нет 🞏 неизвестноАллергия в анамнезе (указать на что):  |
| Применение лекарственного препарата:🞏 стационарное🞏 амбулаторное🞏 самолечениеСообщение:🞏 первичное 🞏 дополнительная информацияк извещению от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата первичного извещения) |
| ПОДОЗРЕВАЕМЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ |
| Международное непатентованное название  |  | Торговое название  |  |
| Производитель |  | Номер серии |  |
| Показание к применению (диагноз) | Путь введения | Разовая доза | Кратность введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|  |  |  |  | / / | / / |
| ДРУГИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (указать «НЕТ», если других лекарственных препаратов пациент не принимал) |
| Международное непатентованное название или торговое название лекарственного препарата | Показание к применению (диагноз) | Путьвведения | Разовая доза | Кратность введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |

|  |  |
| --- | --- |
| Описание подозреваемой нежелательной реакции: | Дата начала нежелательной реакции:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Дата окончания нежелательной реакции:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| Результат прекращения приема подозреваемого лекарственного препарата🞎 явное улучшение🞎 нет улучшения🞎 не отменялось🞎 неизвестно🞎 неприменимо | Сопутствующие заболевания, иные состояния или факторы риска: |
| Оценка причинно-следственной связи:🞎 достоверная🞎 вероятная🞎 возможная🞎 сомнительная🞎 условная🞎 не подлежащая классификации | Исход:🞎 выздоровление без последствий🞎 улучшение состояния🞎 выздоровление с последствиями (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 состояние без изменений (еще не выздоровел)🞎 смерть возможно связана с нежелательной реакцией🞎 смерть не связана с нежелательной реакцией🞎 исход не известен |
| Предпринятые меры:🞎 без лечения🞎 отмена подозреваемого препарата🞎 снижение дозы подозреваемого лекарственного препарата 🞎 отмена сопутствующего лечения🞎 применение медикаментозной терапии🞎 немедикаментозная терапия (в том числе хирургическое вмешательство)🞎 другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Лекарственные препараты, применяемые для купирования нежелательной реакции (если потребовалась)  |

|  |  |
| --- | --- |
| Критерий отнесения к серьезным нежелательным реакциям (отметить, если это подходит):🞎 смерть🞎 угроза жизни🞎 госпитализация или ее продление🞎 врожденные аномалии 🞎 инвалидность / нетрудоспособность🞎 необходимость медицинского вмешательства для предотвращения вышеперечисленных состояний🞎 неприменимо | Отмечено ли повторение нежелательной реакции после повторного назначения лекарственного препарата:🞎 возобновление нежелательной реакции🞎 отсутствие нежелательной реакции🞎 повторно не назначалось🞎 отсутствие нежелательной реакции при снижении дозы🞎 неизвестно |

|  |
| --- |
| Подозреваемое лекарственный препарат применяется в:🞎 медицинской практике 🞎 клинических испытаниях (номер протокола клинического испытания) |
| Важная дополнительная информацияДанные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации лекарственных средств в крови (тканях), если таковые имеются и связаны с нежелательной реакцией (привести даты):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Анамнестические данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подозреваемые лекарственные взаимодействия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Для врожденных аномалий указать все другие ЛП, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Предлагаются дополнительные страницы, если это необходимо |

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)