## 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 пациенте  Инициалы:  Номер медицинской карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол: 🞏 М 🞏 Ж  Возраст: Вес (кг):\_\_\_\_\_\_\_\_  Нарушение функции печени:  🞏 да 🞏 нет 🞏 неизвестно  Нарушение функции почек:  🞏 да 🞏 нет 🞏 неизвестно  Аллергия в анамнезе (указать на что): | | | | |
| Применение лекарственного препарата:  🞏 стационарное  🞏 амбулаторное  🞏 самолечение  Сообщение:🞏 первичное  🞏 дополнительная информация  к 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) | | Путь  введения | 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 информация  Данные 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)