

**Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства.**

<b>ВРАЧ или другое лицо, сообщаемое о НР</b> ФИО: Должность и место работы: Адрес учреждения: Телефон: Дата получения информации:				<b>ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ</b> Инициалы: № амбулаторной карты или истории болезни _____ Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж Возраст: _____ Вес (кг): _____ Беременность <input type="checkbox"/> Срок беременности _____ недель Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Аллергия (указать на что):			
Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____ )							
<b>ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №1, предположительно вызвавшее НР</b>							
Международное непатентованное название (МНН)					<b>Торговое название</b>		
Производитель			Страна		Номер серии		
Показание назначению	к	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
				/ /	/ /		
<b>ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее НР</b>							
Международное непатентованное название (МНН)					<b>Торговое название</b>		
Производитель			Страна		Номер серии		
Показание назначению	к	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
				/ /	/ /		
<b>ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее НР</b>							
Международное непатентованное название (МНН)					<b>Торговое название</b>		
Производитель			Страна		Номер серии		
Показание назначению	к	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
				/ /	/ /		

**ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)**

Укажите «НЕТ», если других лекарств пациент не принимал

МНН	ТН	Путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	

**Описание НР:**

Дата начала НР:  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Дата разрешения:  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Сопровождалось ли отмена ЛС исчезновением НР?**  да  нет  ЛС не отменялось  неприменимо

**Отмечено ли повторение НР после повторного назначения ЛС?**  да  нет  ЛС повторно не назначалось  неприменимо

**Предпринятые меры:**

<input type="checkbox"/> Без лечения	<input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения
<input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия
<input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)
	<input type="checkbox"/> Другое, _____ указать

**Лекарственная терапия НР (если понадобилась)**

**Исход:**

<input type="checkbox"/> выздоровление без последствий	<input type="checkbox"/> смерть
<input type="checkbox"/> улучшение состояния	<input type="checkbox"/> не известно
<input type="checkbox"/> состояние без изменений	<input type="checkbox"/> не применимо
<input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями (указать) _____	

**Критерий серьезности (отметьте, если это подходит):**

смерть

угроза жизни

госпитализация или ее продление

врожденные аномалии

инвалидность / нетрудоспособность

не применимо

**Значимая дополнительная информация**

*Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НР (пожалуйста, приведите даты).*

*Сопутствующие заболевания. Анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия.*

*Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации. Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.*