

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

ВРАЧ или другое лицо, сообщаемое о НР ФИО: Должность и место работы: Адрес учреждения: Телефон: Дата получения информации:				ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ 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 _____)							
ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №1, предположительно вызвавшее НР							
Международное непатентованное название (МНН)					Торговое название		
Производитель			Страна		Номер серии		
Показание назначению	к	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
				/ /	/ /		
ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее НР							
Международное непатентованное название (МНН)					Торговое название		
Производитель			Страна		Номер серии		
Показание назначению	к	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
				/ /	/ /		
ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее НР							
Международное непатентованное название (МНН)					Торговое название		
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.