

**ИЗВЕЩЕНИЕ
О НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**

☐ Первичное сообщение
☐ Дополнительная информация к сообщению № _____ от _____

ФИО сотрудника _____

Должность сотрудника _____ Дата заполнения извещения _____

Согласие на обработку персональных данных сообщającego лица: получено ☐ / не получено ☐

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА (персональные данные не собираются)

Инициалы пациента (код пациента)* _____ Пол: М ☐ Ж ☐ Возраст _____ Вес _____ кг

Наличие беременности: ☐, срок _____ недель

Аллергия: Нет ☐ Есть ☐, на _____

Лечение: амбулаторное ☐ стационарное ☐ самолечение ☐

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЫЗЫВАЮЩИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНУЮ РЕАКЦИЮ (НР)

	Наименование ЛС (торговое)*	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
1							
2							
3							

НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ

Описание реакции (указать все детали, включая данные лабораторных исследований)*

Критерии серьезности НР:

- ☐ Смерть
☐ Угроза жизни
☐ Госпитализация или ее продление
☐ Инвалидность
☐ Врожденные аномалии
☐ Клинически значимое событие
☐ Не применимо

Дата начала НР _____ Дата разрешения НР _____

Предпринятые меры

- ☐ Без лечения ☐ Лекарственная терапия _____
- ☐ Отмена подозреваемого ЛС _____
- ☐ Снижение дозы ЛС _____
- ☐ Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) _____

Исход

- ☐ Выздоровление без последствий ☐ Смерть ☐ Выздоровление с последствиями (указать) _____
- ☐ Улучшение состояния ☐ Неизвестно _____
- ☐ Состояние без изменений ☐ Не применимо _____

Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР?

Нет ☐ Да ☐ ЛС не отменялось ☐ Не применимо ☐

Назначалось ли ЛС повторно?

Нет ☐ Да ☐ Результат _____ Не применимо ☐

Связь НР с подозреваемым ЛС (по мнению сообщающего лица):

Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС, принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному желанию)

	Наименование ЛС (торговое)	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
1							
2							
3							
4							
5							

ДАННЫЕ СООБЩАЮЩЕГО ЛИЦА

Врач ☐ Другой специалист системы здравоохранения ☐ Пациент ☐ Иной ☐

Контактный телефон / e-mail*: _____

Ф.И.О. _____

Должность и место работы _____

Дата сообщения _____

Значимая дополнительная информация

* – данные, обязательные для заполнения