

**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