

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

| | | | | | |
|--|---------------|-----------------------|--|------------------------|--------------------|
| ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НР | | | ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ | | |
| ФИО: | | | Инициалы: | | |
| Должность и место работы: | | | № амбулаторной карты или истории болезни _____ | | |
| Адрес учреждения: | | | Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж | | |
| Телефон: | | | Возраст: _____ Вес (кг): _____ | | |
| Дата получения информации: | | | Беременность <input type="checkbox"/> Срок беременности _____ недель | | |
| Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение | | | Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно | | |
| Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное | | | Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно | | |
| <input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____) | | | Аллергия (указать на что): | | |
| ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №1, предположительно вызвавшее НР | | | | | |
| Международное непатентованное название (МНН) | | | | Торговое название | |
| Производитель | | Страна | | Номер серии | |
| Показание к назначению | 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 к назначению | 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 к назначению | 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? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> ЛС не отменялось <input type="checkbox"/> неприменимо | |
| Отмечено ли повторение НР после повторного назначения ЛС? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> ЛС повторно не назначалось <input type="checkbox"/> неприменимо | |
| Предпринятые меры: <input type="checkbox"/> Без лечения <input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС <input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС | <input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения <input type="checkbox"/> Лекарственная терапия <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"/> улучшение состояния <input type="checkbox"/> состояние без изменений <input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями (указать) _____ | <input type="checkbox"/> смерть <input type="checkbox"/> не известно <input type="checkbox"/> не применимо |
| Критерий серьезности (отметьте, если это подходит): <input type="checkbox"/> смерть <input type="checkbox"/> угроза жизни <input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление | <input type="checkbox"/> врожденные аномалии <input type="checkbox"/> инвалидность / нетрудоспособность <input type="checkbox"/> не применимо |
| Значимая дополнительная информация <i>Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НР (пожалуйста, приведите даты).</i> <i>Сопутствующие заболевания. Анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия.</i> <i>Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации.</i> <i>Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.</i> | |