**Извещение о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата**

□Первичное □Дополнительная информация к сообщению

№ от

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные пациента | | | | | | | | |
| Инициалы пациента (код пациента)\* | | |  |  | Пол □ М □ Ж Вес | | кг | |
| Возраст | | Беременность □, срок недель | | |  |  |  | |
| Аллергия □ Нет □ Есть, на | | | | | | | | |
| Лечение □ амбулаторное | | □ стационарное | □ самолечение | |  |  |  | |
| Лекарственные средства, предположительно вызвавшие HP | | | | | | | | |
|  | Наименование ЛС (торговое)\* | Производитель | Номер  серии | Доза, путь введения | Дата начала терапии | Дата  окончания  терапии | Показание | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | |
| Нежелательная реакция | |  |  |  |  | Дата начала HP | | |
| Описание реакции\* (укажите все детали, включая данные лабораторных | | | | |  | Критерии серьезности HP: | | |
| исследований) | |  |  |  |  | □ Смерть | | |
|  |  |  |  |  |  | □ Угроза жизни | | |
|  |  |  |  |  |  | □ Госпитализация или ее продление | | |
|  |  |  |  |  |  | □ Инвалидность | | |
|  |  |  |  |  |  | □ Врожденные аномалии | | |
|  |  |  |  |  |  | □ Клинически значимое событие | | |
| Дата разрешения HР | |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | □ Не применимо | | |
| Предпринятые меры | |  |  |  |  |  |  | |
| □ Без лечения □ Отмена подозреваемого ЛС | | | □ Снижение дозы ЛС | |  |  |  | |
| □ Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) | | | | | | | | |
| □ Лекарственная терапия | | | | | | | | |
| Исход | |  |  |  |  |  |  | |
| □ Выздоровление без последствий □ Улучшение состояние □ Состояние без изменений | | | | | | | | |
| □ Выздоровление с последствиями (указать) | | |  |  |  |  |  | |
| □ Смерть □ Неизвестно □ Не применимо | | |  |  |  |  |  | |
| Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением HP? | | | | □ Нет □ Да □ ЛС не отменялось □ Не применимо | | | |
| Назначалось ли лекарство повторно? □ Нет □ Да | | | | Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Не применимо | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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/е-mail:\* | | |  |  |  |  |  |
| Ф.И.О | | | | | | | |
| Должность и место работы | | | | | | | |
| Дата сообщения | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |

\*поле обязательно к заполнению