**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 | Номерсерии | Доза, путь введения | Дата начала терапии | Датаокончаниятерапии | 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 | Номерсерии | Доза, путь введения | Дата начала терапии | Датаокончаниятерапии | 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