

Форма

Извещение о нежелательной реакции на лекарственный препарат

Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакции: Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): Телефон: Должность служащего и место работы: Место нахождения организации:		Информация о пациенте Инициалы: Номер медицинской карты _____ Пол: ☐ М ☐ Ж Возраст: _____ Вес (кг): _____ Нарушение функции печени: ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно Нарушение функции почек: ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно Аллергия в анамнезе (указать на что):				
Применение лекарственного препарата: ☐ стационарное ☐ амбулаторное ☐ самолечение Сообщение: ☐ первичное ☐ дополнительная информация к извещению от _____ _____ (дата первичного извещения)						
ПОДОЗРЕВАЕМЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ						
Международное непатентованное название				Торговое название		
Производитель				Номер серии		
Показание к применению (диагноз)	Путь введения	Разовая доза	Кратность введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	
				//	//	
ДРУГИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (указать "НЕТ", если других лекарственных препаратов пациент не принимал)						
Международное непатентованное название или торговое название лекарственного препарата	Показание к при- менению (диагноз)	Путь введения	Разовая доза	Крат- ность	Дата начала терапии	Дата окончания терапии
					//	//

					//	//
					//	//
					//	//
Описание подозреваемой нежелательной реакции:						Дата начала нежелательной реакции: ____/____/_____ Дата окончания нежелательной реакции: ____/____/_____
Результат прекращения приема подозреваемого лекарственного препарата: ☐ явное улучшение ☐ нет улучшения ☐ не отменялось ☐ неизвестно ☐ неприменимо				Сопутствующие заболевания, иные состояния или факторы риска:		
Оценка причинно-следственной связи: ☐ достоверная ☐ вероятная ☐ возможная ☐ сомнительная ☐ условная ☐ не подлежащая классификации				Исход: ☐ выздоровление без последствий ☐ улучшение состояния ☐ выздоровление с последствиями (указать) _____ ☐ состояние без изменений (еще не выздоровел) ☐ смерть возможно связана с нежелательной реакцией ☐ смерть не связана с нежелательной реакцией ☐ исход не известен		
Предпринятые меры: ☐ без лечения ☐ отмена подозреваемого препарата ☐ снижение дозы подозреваемого лекарственного препарата ☐ отмена сопутствующего лечения ☐ применение медикаментозной терапии ☐ немедикаментозная терапия (в том числе хирургическое вмешательство) ☐ другое, указать _____ _____ _____				Лекарственные препараты, применяемые для купирования нежелательной реакции (если потребовалась)		
Критерий отнесения к серьезным нежелательным реакциям (отметить, если это подходит): ☐ смерть ☐ угроза жизни ☐ госпитализация или ее продление ☐ врожденные аномалии ☐ инвалидность/нетрудоспособность ☐ необходимость медицинского вмешательства для предотвращения вышеперечисленных состояний ☐ неприменимо				Отмечено ли повторение нежелательной реакции после повторного назначения лекарственного препарата: ☐ возобновление нежелательной реакции ☐ отсутствие нежелательной реакции ☐ повторно не назначалось ☐ отсутствие нежелательной реакции при снижении дозы ☐ неизвестно		
Подозреваемый лекарственный препарат применяется в:						

- ☐ медицинской практике
☐ клинических испытаниях (номер протокола клинического испытания)

Важная дополнительная информация

Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации лекарственных средств в крови (тканях), если таковые имеются и связаны с нежелательной реакцией (привести даты):

Анамнестические данные: _____

Подозреваемые лекарственные взаимодействия: _____

Для врожденных аномалий указать все другие лекарственные препараты, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации:

Прилагаются дополнительные страницы, если это необходимо.

_____ 20__ г.

(подпись)