**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 НР** |
|  | **Наименование ЛС****(торговое)\*** | Производитель | Номерсерии | Дата, путьвведения | Дата началатерапии | Датаокончаниятерапии | Показание |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Нежелательная реакция** | **Дата начала НР\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Описание реакции\*** (укажите все детали, включая данные лабораторных исследований) | **Критерии серьезности НР:** |
| □ Смерть |
| □ Угроза жизни |
| □ Госпитализация или еепродление |
| □ Инвалидность |
| □ Врожденные аномалии |
| □ Клинически значимое событие |
| **Дата разрешения НР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | □ 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 состояния □ Состояние без изменений |
| □ Выздоровление с последствиями (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Смерть □ Неизвестно □ Не применимо |

|  |
| --- |
| Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР? □ Нет □ Да □ 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 | Дата, путьвведения | Дата началатерапии | Датаокончаниятерапии | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

\*поле обязательно к заполнению