**Сообщение
о нежелательной реакции**

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакцииФамилия, имя, отчество:Телефон:Должность и место работы:Адрес учреждения:Электронный адрес: | Информация о пациентеИнициалы:Номер медицинской карты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол: c М               c ЖВозраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вес (кг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Нарушение функции печениc да     c нет     c неизвестноНарушение функции почекc да     c нет     c неизвестноАллергия (указать на что): |
| Лечение:                                c амбулаторноеc стационарное                   c самолечениеСообщение:                          c первичноеc повторное                                              (дата первичного приема) |
| ПОДОЗРЕВАЕМОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО |
| Международное непатентованное название |   | Торговое название |   |
| Производитель |   | Номер серии |   |
| Показание к применению | Путь введения | Разовая доза | Кратность введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|   |   |   |   | /        / | /        / |
| ДРУГИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА(Укажите "НЕТ", если других лекарственных средств пациент не принимал) |
| Международное непатентованное название или торговое название лекарственного средства | Показание к применению | Путь введения | Разовая доза | Кратность | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|   |   |   |   |   |   | /        / |
|   |   |   |   |   |   | /        / |
|   |   |   |   |   |   | /        / |
|   |   |   |   |   |   | /        / |
| Описание нежелательной реакции: | Дата начала:\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата окончания:\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Результат прекращения приема подозреваемого лекарственного средства:c явное улучшениеc нет улучшенияc не отменялосьc неизвестноc неприменимо | Сопутствующие заболевания, иные состояния или факторы риска: |
| Оценка причинно-следственной связи:c достовернаяc вероятнаяc возможнаяc сомнительнаяc условнаяc вне классификации | Исход:c выздоровление без последствийc улучшение состоянияc выздоровление с последствиями (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c состояние без изменений (еще не выздоровел)c смерть, возможно, связана с нежелательной реакциейc смерть не связана с серьезной нежелательной реакциейc исход неизвестен |
| Предпринятые меры:c без леченияc отмена подозреваемого лекарственного средстваc снижение дозы подозреваемого лекарственного средстваc отмена сопутствующего леченияc применение медикаментозной терапииc не медикаментозная терапия (в том числе хирургическое вмешательство)c другое, указать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Лекарственные средства, применяемые для купирования нежелательной реакции (если потребовалась) |
| Критерий отнесения к серьезным нежелательным реакциям (отметьте, если это подходит):c смертьc угроза жизниc госпитализация или ее продлениеc врожденные аномалииc инвалидность/нетрудоспособностьc необходимость медицинского вмешательства для предотвращения вышеперечисленных состоянийc неприменимо | Отмечено ли повторение нежелательной реакции после повторного назначения лекарственного средства:c возобновление серьезной нежелательной реакцииc отсутствие серьезной нежелательной реакцииc повторно не назначалосьc отсутствие серьезной нежелательной реакции при снижении дозыc неизвестно |
| Подозреваемое лекарственное средство применяется в:c медицинской практикеc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 (пожалуйста, приведите даты):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сопутствующие заболевания, анамнестические данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подозреваемые лекарственные взаимодействия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.  |

|  |  |
| --- | --- |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |