**Сообщение  
о нежелательной реакции**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакции  Фамилия, имя, отчество:  Телефон:  Должность и место работы:  Адрес учреждения:  Электронный адрес: | | | | Информация о пациенте  Инициалы:  Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол: c М               c Ж  Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Вес (кг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Нарушение функции печени c да     c нет     c неизвестно  Нарушение функции почек c да     c нет     c неизвестно  Аллергия (указать на что): | | |
| Лечение:                                c амбулаторное  c стационарное                   c самолечение  Сообщение:                          c первичное  c 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 улучшение  c нет улучшения  c не отменялось  c неизвестно  c неприменимо | | | | Сопутствующие заболевания, иные состояния или факторы риска: | | |
| Оценка причинно-следственной связи:  c достоверная  c вероятная  c возможная  c сомнительная  c условная  c вне классификации | | | | Исход:  c выздоровление без последствий  c улучшение состояния  c выздоровление с последствиями (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  c состояние без изменений (еще не выздоровел)  c смерть, возможно, связана с нежелательной реакцией  c смерть не связана с серьезной нежелательной реакцией  c исход неизвестен | | |
| Предпринятые меры:  c без лечения  c отмена подозреваемого лекарственного средства  c снижение дозы подозреваемого лекарственного средства  c отмена сопутствующего лечения  c применение медикаментозной терапии  c 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 смерть  c угроза жизни  c госпитализация или ее продление  c врожденные аномалии  c инвалидность/нетрудоспособность  c необходимость медицинского вмешательства для предотвращения вышеперечисленных состояний  c неприменимо | | | | Отмечено ли повторение нежелательной реакции после повторного назначения лекарственного средства:  c возобновление серьезной нежелательной реакции  c отсутствие серьезной нежелательной реакции  c повторно не назначалось  c отсутствие серьезной нежелательной реакции при снижении дозы  c неизвестно | | |
| Подозреваемое лекарственное средство применяется в:  c медицинской практике  c \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 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) |