

СООБЩЕНИЕ О ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО

ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ ВЫ НАМ ПРЕДОСТАВЛЯЕТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ И НЕ ПОДЛЕЖИТ
РАЗГЛАШЕНИЮ, КРОМЕ СЛУЧАЕВ, УСТАНОВЛЕННЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УВЕДОМИТЕЛЕ (лицо, которое сообщает о ПР)

ФИО:	Специальность:
Место работы:	Адрес:
Телефон:	E-mail:

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (ПОТРЕБИТЕЛЕ)

Инициалы:	Пол: <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Жен <input type="checkbox"/> Неизвестно	Вес (кг):	Возраст:	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Заболевания печени:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	Заболевания почек:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Аллергия:	<input type="checkbox"/> Да (указать на что) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	Беременность:	<input type="checkbox"/> Да Срок _____ недель <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Дополнительная информация (диагноз, сведения из анамнеза и т.п.):				

ПОДОЗРЕВАЕМЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ

Препарат (торговое название, доза, форма выпуска)	Серия	Кратность и способ введения	Показания к назначению	Дата начала приёма	Дата окончания приёма

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

Лекарственное средство (торговое название, форма выпуска, действующее вещество)	Серия	Доза, кратность, способ введения	Показания к назначению	Дата начала приёма	Дата окончания приёма

ИНФОРМАЦИЯ О ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ

Подробное описание ПР	<input type="checkbox"/> ПР продолжается	Начало ПР: (дата ____)	Окончание ПР: (дата ____)
Сопровождалась ли отмена подозреваемого препарата исчезновением ПР? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> подозреваемый препарат не отменялся			
Была ли ПР после повторного назначения подозреваемого препарата? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> подозреваемый препарат повторно не назначался			
Предпринятые меры: <input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого препарата <input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого препарата <input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения <input type="checkbox"/> Без лечения <input type="checkbox"/> Лекарственная терапия <input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия <input type="checkbox"/> Другое (указать):			
Лекарственная терапия ПР (если применялась):			
Исход: <input type="checkbox"/> Выздоровление без последствий <input type="checkbox"/> Улучшение состояния <input type="checkbox"/> Состояние без изменений <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Не известен <input type="checkbox"/> Выздоровление с последствиями (указать):			
Критерий серьёзности: <input type="checkbox"/> Смерть (дата ____) <input type="checkbox"/> Угроза жизни <input type="checkbox"/> Госпитализация или её продление <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Врождённые аномалии <input type="checkbox"/> Клинически значимое событие (указать): Ничего из перечисленного			

Ф.И. сотрудника компании: _____ Должность: _____ Регион: _____

Дата получения информации: _____ Дата подачи в отдел фармаконадзора: _____ Подпись: