



ИП ООО «Baraka Dori Farm», ул. Кичик Халка Йули 91,
Яккасарайский район, Ташкент, Узбекистан
Тел: (+998 78)1509797; (+998 78)1509787 Моб: (+998 93)3888782
Email: pv@kusum.uz <https://kusum-healthcare.uz>

Сообщение № ____ / ____
 первичное последующее
 заключительное
(данный блок заполняется службой
фармаконадзора компании)

СООБЩЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

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 _____ неделя <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Дополнительная информация:			

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, доза, действующее вещество)	Серия	Доза, кратность, способ введения	Показания к назначению	Дата начала приёма	Дата окончания приёма

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ (ОЭ)

Подробное описание признаков ОЭ	Начало ОЭ: (дата __/__/____)	Окончание ОЭ: (дата __/__/____)
Сопровождалась ли отмена подозреваемого препарата исчезновением ОЭ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> подозреваемый препарат не отменялся		
Было ли ОЭ 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 ОЭ (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):		
<input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного		

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

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