

## 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 недель   <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 ____/____/____)
<p><b>Сопровождалась ли отмена подозреваемого препарата исчезновением ОЭ?</b> <input type="checkbox"/> Да   <input type="checkbox"/> Нет   <input type="checkbox"/> подозреваемый препарат не отменялся</p> <p><b>Было ли ОЭ после повторного назначения подозреваемого препарата?</b> <input type="checkbox"/> Да   <input type="checkbox"/> Нет   <input type="checkbox"/> подозреваемый препарат повторно не назначался</p> <p><b>Предпринятые меры:</b> <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):</p> <p><b>Лекарственная терапия ОЭ</b> (если применялась):</p>		
<p><b>Исход:</b> <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):</p> <p><b>Критерий серьёзности:</b> <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</p>		

Ф.И. сотрудника компании: \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_ Регион: \_\_\_\_\_

Дата получения информации: \_\_\_\_\_ Дата подачи в отдел фармаконадзора: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_