**Извещение о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Данные пациента** | | | | | | | | | |
| Инициалы пациента <**\***> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Пол  М  Ж | | | Вес \_\_\_ кг |
| Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Беременность , срок \_\_\_ недель | | | | | | | | | |
| Аллергия  Нет  Есть, на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Лечение  амбулаторное  стационарное  самолечение | | | | | | | | | |
| **Лекарственные средства, предположительно вызывающие НР** | | | | | | | | | |
| Наименование ЛС торговое) <**\***> | Производитель | Номер серии | Доза, путь введения | Дата начала терапии | | | Дата окончания терапии | | Показание |
|  |  |  |  |  | | |  | |  |
| **Нежелательная реакция** | | | | | Дата начала НР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Описание реакции <**\***> (укажите все детали, включая данные лабораторных исследований) | | | | | | | | Критерии серьезности НР: | |
| Смерть | |
| Угроза жизни | |
| Госпитализация или ее продление | |
| Инвалидность | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | Врожденные аномалии | |
| Клинически значимое событие | |
| Дата разрешения НР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | Не применимо | |
| **Предпринятые меры** | | | | | | | | | |
| Без лечения  Отмена подозреваемого ЛС  Снижение дозы ЛС | | | | | | | | | |
| Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) | | | | | | | | | |
| Лекарственная терапия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **Исход** | | | | | | | | | |
| Выздоровление без последствий  Улучшение состояния  Состояние без изменений | | | | | | | | | |
| Выздоровление с последствиями (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Смерть  Неизвестно  Не применимо | | | | | | | | | |
| Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР? | | | | | Нет  Да  ЛС не отменялось  Не применимо | | | | |
| Назначалось ли лекарство повторно? | | | | | Нет  Да Результат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Не применимо | | | | |
| **Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС, принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному желанию)** | | | | | | | | | |
|  | Наименование ЛС (торговое) | Производитель | Номер серии | Доза, путь введения | | Дата начала терапии | Дата окончания терапии | | Показание |
| 1 |  |  |  |  | |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  | |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  | |  |  | |  |
| 4 |  |  |  |  | |  |  | |  |
| 5 |  |  |  |  | |  |  | |  |

|  |
| --- |
| **Данные сообщающего лица** |
| Врач  Другой специалист системы здравоохранения  Пациент  Иной |
| Контактный телефон/e-mail: **<\*>** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Должность и место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата сообщения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

 Даю согласие на обработку персональных данных **<\*>**

--------------------------------

<\*> Поле обязательно к заполнению.