

**Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства.**

<b>ВРАЧ или другое лицо, сообщаемое о НР</b> ФИО: Должность и место работы: Адрес учреждения: Телефон: Дата получения информации: Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____ )	<b>ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ</b> Инициалы: № амбулаторной карты или истории болезни _____ Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж Возраст: _____ Вес (кг): _____ Беременность <input type="checkbox"/> Срок беременности _____ недель Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Аллергия (указать на что):
---	--

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №1, предположительно вызвавшее НР**

Международное непатентованное название (МНН)				Торговое название				
Производитель			Страна			Номер серии		
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР			
			/ /	/ /				

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее НР**

Международное непатентованное название (МНН)				Торговое название				
Производитель			Страна			Номер серии		
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР			
			/ /	/ /				

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее НР**

Международное непатентованное название (МНН)				Торговое название				
Производитель			Страна			Номер серии		
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР			
			/ /	/ /				

**ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)**

Укажите «НЕТ», если других лекарств пациент не принимал

МНН	ТН	Путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	

Описание НР:	Дата начала НР: ____/____/____
	Дата разрешения: ____/____/____

Сопровождалось ли отмена ЛС исчезновением НР?  да  нет  ЛС не отменялось  неприменимо

Отмечено ли повторение НР после повторного назначения ЛС?  да  нет  ЛС повторно не назначалось  неприменимо

<b>Предпринятые меры:</b> <input type="checkbox"/> Без лечения <input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС <input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения <input type="checkbox"/> Лекарственная терапия <input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) <input type="checkbox"/> Другое, указать _____
--	---

Лекарственная терапия НР (если понадобилась)

**Исход:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> выздоровление без последствий                 | <input type="checkbox"/> смерть       |
| <input type="checkbox"/> улучшение состояния                           | <input type="checkbox"/> не известно  |
| <input type="checkbox"/> состояние без изменений                       | <input type="checkbox"/> не применимо |
| <input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями (указать) _____ |                                       |

**Критерий серьезности (отметьте, если это подходит):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> смерть                          | <input type="checkbox"/> врожденные аномалии               |
| <input type="checkbox"/> угроза жизни                    | <input type="checkbox"/> инвалидность / нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление | <input type="checkbox"/> не применимо                      |

**Значимая дополнительная информация**

*Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НР (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.*