**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.