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

|  |  |
| --- | --- |
| **ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НР**ФИО:Должность и место работы:Адрес учреждения:Телефон: Дата получения информации: | **ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**Инициалы: № амбулаторной карты или истории болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол: 🞏 М 🞏 Ж Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес (кг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Беременность 🞏 Срок беременности \_\_\_\_\_недельНарушение функции печени 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известноНарушение функции почек 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известноАллергия (указать на что):  |
| Лечение: 🞏 амбулаторное 🞏 стационарное 🞏 самолечениеСообщение: 🞏 первичное  🞏 повторное (дата первичного \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |
| **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 |
| **Предпринятые меры:**🞎 Без лечения 🞎 Отмена подозреваемого ЛС🞎 Снижение дозы подозреваемого ЛС  | * Отмена сопутствующего лечения
* Лекарственная терапия

🞎 Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) 🞎 Другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Лекарственная терапия НР (если понадобилась)** |
| **Исход:**🞎 выздоровление без последствий 🞎 улучшение состояния🞎 состояние без изменений🞎 выздоровление с последствиями (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 смерть 🞎 не известно🞎 не применимо |
| **Критерий серьезности (отметьте, если это подходит):**🞎 смерть 🞎 угроза жизни🞎 госпитализация или ее продление | 🞎 врожденные аномалии 🞎 инвалидность / нетрудоспособность🞎 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.* |