

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

Обращение: Первичное, Дополнительная информация к сообщению от _____

Данные пациента

Инициалы пациента: * (код пациента)	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Вес:
Возраст:	Беременность <input type="checkbox"/> , срок:	недель
Аллергия: <input type="checkbox"/> Нет, <input type="checkbox"/> Есть, на:		
Лечение: <input type="checkbox"/> Амбулаторное <input type="checkbox"/> Стационарное <input type="checkbox"/> Самолечение		

Лекарственное средство, предположительно вызвавшее нежелательные реакции (НР)

Наименование препарата (торговое)*	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии
Показание к применению					

Описание нежелательной реакции (НР)*

Дата начала НР:	Критерии серьёзности: (укажите ниже)
<input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Угроза жизни <input type="checkbox"/> Госпитализация или её продление <input type="checkbox"/> Инвалидность	
<input type="checkbox"/> Врожденные аномалии <input type="checkbox"/> Клинически значимое событие <input type="checkbox"/> Не применимо	
Описание реакции* <i>Опишите все детали, включая данные лабораторных исследований:</i>	
Дата разрешения НР:	

Предпринятые меры

<input type="checkbox"/> Без лечения <input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС <input type="checkbox"/> Снижение дозы ЛС
<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)
<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия

Исход

<input type="checkbox"/> Выздоровление без последствий <input type="checkbox"/> Улучшение состояние <input type="checkbox"/> Состояние без изменений
<input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Не применимо <input type="checkbox"/> Выздоровление с последствиями (<i>опишите ниже</i>):
Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> ЛС не отменялось <input type="checkbox"/> Не применимо
Назначалось ли лекарство повторно? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо

**Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних 3 месяцев
(включая ЛС, принимаемые пациентом по собственному желанию)**

Наименование ЛС (торговое)	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии
1.					
Показание к применению					
2.					
Показание к применению					
3.					
Показание к применению					
4.					
Показание к применению					
5.					
Показание к применению					

Данные сообщającego лица

<input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Иной
<input type="checkbox"/> Врач <input type="checkbox"/> Фармацевт/провизор <input type="checkbox"/> Другой специалист системы здравоохранения

Контактный телефон/e-mail:*

Ф.И.О:
Место работы и должность:
Дата сообщения:

Отправитель сообщения подтверждает, что:

- предоставленная им информация является полной, точной и достоверной;
- при предоставлении информации не нарушается действующее законодательство, законные права и интересы третьих лиц

Подача сообщения означает согласие пациента и/или заявителя на обработку и хранение персональных данных компанией АО «Мединторг», или уполномоченным ей лицом. Информация о пациенте хранится строго конфиденциально. Сведения о сообщающем лице не будут распространяться публично. Сведения могут быть представлены в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

Подавая сообщение, вы выражаете согласие с тем, что с вами может связаться представитель отдела Фармаконадзора АО «Мединторг» для уточнения информации, представленной в сообщении.

** Поля, обязательные к заполнению*

Факс: +7 495 921-25-15

E-mail: pharma@medintorg.ru