

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРИ ПРИЙОМІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

ВСЯ ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ ВИ НАМ НАДАЄТЕ, Є КОНФІДЕНЦІЙНОЮ ТА НЕ ПІДЛЯГАЄ РОЗГОЛОШЕННЮ, ОКРІМ ВИПАДКІВ, ВСТАНОВЛЕНИХ ЗАКОНОДАВСТВОМ

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

ПІБ:		Захворювання печінки	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> невідомо
№ амбулаторної карти / історії хвороби:		Захворювання нирок	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> невідомо
Стать:	<input type="checkbox"/> чол. <input type="checkbox"/> жін.	Вагітність	<input type="checkbox"/> так Термін _____ тижнів
Вік (на момент реакції):		Алергія (зазначити на що):	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Вага (кг):			

ПІДОЗРЮВАНИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ (-ТИ) (ПЛЗ)

Торгівельна назва	Міжнародна непатентована назва	Форма випуску	Серія	Доза, кратність, спосіб введення	Показання до застосування	Дата початку прийому	Дата закінчення прийому

ІНШІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ (що приймалися протягом останніх 3-х місяців)

Торгівельна назва	Міжнародна непатентована назва	Форма випуску	Серія	Доза, кратність, спосіб введення	Показання до застосування	Дата початку прийому	Дата закінчення прийому

ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ (ВЕ)

Опис ознак відсутності ефективності (в тому числі дані лабораторно-інструментальних досліджень)	Дата початку ВЕ	Дата закінчення ВЕ
Чи супроводжувалась заміна ПЛЗ зникненням ВЕ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ПЛЗ не було відмінено	
Чи була помічена повторна ВЕ після повторного призначення ПЛЗ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ПЛЗ не було повторно призначено	
Вжиті заходи: <input type="checkbox"/> без лікування <input type="checkbox"/> відміна ПЛЗ <input type="checkbox"/> збільшення дози ПЛЗ	<input type="checkbox"/> призначення супутнього лікування <input type="checkbox"/> відміна супутнього лікування <input type="checkbox"/> немедикаментозна терапія (в т. ч. хірургічне втручання) <input type="checkbox"/> інше (зазначити):	
Медикаментозна терапія ВЕ (якщо було застосовано):		
Наслідки: <input type="checkbox"/> одужання без наслідків <input type="checkbox"/> покращення стану <input type="checkbox"/> стан без змін	<input type="checkbox"/> смерть, пов'язана з ВЕ <input type="checkbox"/> смерть, не пов'язана з ВЕ <input type="checkbox"/> одужання з наслідками (зазначити): <input type="checkbox"/> невідомо	
Критерій серйозності: <input type="checkbox"/> смерть пацієнта (дата ___/___/____) <input type="checkbox"/> загроза для життя <input type="checkbox"/> госпіталізація або її продовження	<input type="checkbox"/> продовження амбулаторного лікування <input type="checkbox"/> інвалідність <input type="checkbox"/> уроджені аномалії <input type="checkbox"/> клінічно-важлива подія (зазначити):	

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕПОРТЕРА (особа, яка повідомляє про ВЕ)

ПІБ:			
Професійна приналежність:	<input type="checkbox"/> доктор <input type="checkbox"/> фармацевт <input type="checkbox"/> медпредставник <input type="checkbox"/> інше (зазначити):		
Адреса:			
Телефон:		Е-mail:	
Дата отримання інформації про ВЕ:		Дата заповнення:	