

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО НЕОЧІКУВАНИЙ ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЕФЕКТ 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"/> немає даних
№ амбулаторної карти / історії хвороби:		Захворювання нирок	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> немає даних
Стать:	<input type="checkbox"/> чол <input type="checkbox"/> жін	Вагітність	<input type="checkbox"/> так Термін _____ тижнів
Вік:		Алергія (вказати на що):	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Вага (кг):			

ЛІКАРСЬКІЙ ЗАСІБ (-БИ) (ЛЗ)

Торговельна 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)

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

НЕОЧІКУВАНИЙ ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЕФЕКТ (-ТИ) ЛЗ (НТЕ ЛЗ)

Опис НТЕ ЛЗ (в тому числі дані лабораторно-інструментальних досліджень)	Дата початку НТЕ	Дата закінчення НТЕ
Чи супроводжувалась відміна ЛЗ зникненням НТЕ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ЛЗ не відміняли	
Чи було помічено повторний НТЕ після повторного призначення ЛЗ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ЛЗ повторно не призначали	
Вжиті заходи: <input type="checkbox"/> не застосовувались <input type="checkbox"/> застосовувались (вказати):		
Результат: <input type="checkbox"/> невідомо <input type="checkbox"/> зміна стану пацієнта (вказати):		

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕПОРТЕРА (особа, яка повідомляє про НТЕ ЛЗ)

ПІБ:			
Професійна приналежність:	<input type="checkbox"/> доктор <input type="checkbox"/> фармацевт <input type="checkbox"/> медпредставник <input type="checkbox"/> пацієнт <input type="checkbox"/> інше (вказати):		
Адреса:			
Телефон:	E-mail:		
Дата отримання інформації про НТЕ ЛЗ:	Дата заповнення:		

ПІДПИС _____