

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПЕРЕДОЗУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

ВСЯ ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ ВИ НАМАЄТЕ, 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"/> чоловік <input type="checkbox"/> жінка	Вагітність	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні Термін _____ тижнів
Вік (на момент реакції):		Алергія (зазначити на що):	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Вага (кг):			

ПЕРЕДОЗОВАНИЙ ЛІКАРСЬКИЙ 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

НАСЛІДКИ ПЕРЕДОЗУВАННЯ ЛЗ (ПД ЛЗ)

Опис наслідків ПД ЛЗ (в тому числі дані лабораторно-інструментальних досліджень)	Дата початку	Дата закінчення
Чи супроводжувалась відміна ЛЗ зникненням наслідків ПД ЛЗ? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		
Вжиті заходи: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> відміна ЛЗ		
<input type="checkbox"/> корекція дози ЛС		
<input type="checkbox"/> лікарська терапія наслідків ПД ЛЗ (зазначити):		
<input type="checkbox"/> немедикаментозна терапія наслідків ПД ЛЗ (в т. ч. хірургічне втручання)		
<input type="checkbox"/> інше (зазначити):		
Результат:		
<input type="checkbox"/> одужання без наслідків	<input type="checkbox"/> смерть, пов'язана з ПЗ ЛЗ	
<input type="checkbox"/> покращення стану	<input type="checkbox"/> смерть, не пов'язана з ПЗ ЛЗ	
<input type="checkbox"/> стан без змін	<input type="checkbox"/> одужання з наслідками (зазначити):	
	<input type="checkbox"/> немає даних	
Критерій серйозності		
<input type="checkbox"/> смерть пацієнта (дата __/__/____)	<input type="checkbox"/> продовження амбулаторного лікування	
<input type="checkbox"/> загроза для життя	<input type="checkbox"/> інвалідність	
<input type="checkbox"/> госпіталізація або її продовження	<input type="checkbox"/> уроджені аномалії	
	<input type="checkbox"/> клінічно важлива подія (зазначити):	

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

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

ПІДПИС _____