

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВЗАЄМОДІЮ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ З ІНШИМИ ПРЕПАРАТАМИ АБО ПРОДУКТАМИ ХАРЧУВАННЯ

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"/> чоловік <input type="checkbox"/> жінка	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

ПРОДУКТ (-ТИ) ХАРЧУВАННЯ

Назва	Спосіб приготування	Кількість	Дата вживання

НАСЛІДКИ ВЗАЄМОДІЇ ЛЗ (ВЗ ЛЗ)

Опис наслідків ВЗ ЛЗ (в тому числі дані лабораторно-інструментальних досліджень)	Дата початку	Дата закінчення
Чи супроводжувалась відміна ЛЗ зникненням ВЗ ЛЗ? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		
Вжиті заходи: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> не застосовувались <input type="checkbox"/> відміна ЛЗ <input type="checkbox"/> лікарська терапія наслідків ВЗ ЛЗ (вказати): <input type="checkbox"/> немедикаментозна терапія наслідків ВЗ ЛЗ (в т. ч. хірургічне втручання) <input type="checkbox"/> інше (вказати):		
Результат: <input type="checkbox"/> одужання без наслідків <input type="checkbox"/> покращення стану <input type="checkbox"/> стан без змін <input type="checkbox"/> смерть, пов'язана з ВЗ ЛЗ <input type="checkbox"/> смерть, не пов'язана з ВЗ ЛЗ <input type="checkbox"/> одужання з наслідками (вказати): <input type="checkbox"/> немає даних		
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 (вказати):		

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕПОРТЕРА (особа, яка повідомляє про ВЗ 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 ВЗ ЛЗ:	Дата заповнення:

ПІДПИС _____