

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО НЕВІРНИЙ СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ 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"/> чоловік <input type="checkbox"/> жінка	Вагітність	<input type="checkbox"/> так Термін _____ тижнів
Вік (на момент реакції):		Алергія (вказати на що):	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Вага (кг):			

НЕВІРНО ЗАСТОСОВАНИЙ 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 НЕВІРНОГО СПОСОБУ ЗАСТОСУВАННЯ ЛЗ (НСЗ ЛЗ)

Опис наслідків НСЗ ЛЗ (в тому числі дані лабораторно-інструментальних досліджень)	Дата початку	Дата закінчення
Чи супроводжувалась відміна ЛЗ зникненням наслідків НСЗ ЛЗ? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		
Вжиті заходи: <input type="checkbox"/> відміна ЛЗ <input type="checkbox"/> лікарська терапія наслідків НСЗ ЛЗ (вказати): <input type="checkbox"/> немедикаментозна терапія наслідків НСЗ 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 НСЗ ЛЗ <input type="checkbox"/> смерть, не пов'язана з НСЗ 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 НСЗ ЛЗ)

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

ПІДПИС _____