

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПРИЙОМ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ПРИ ВАГІТНОСТІ / ГОДУВАННІ ГРУДДЮ

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 Термін _____ тижнів
Вік (на момент реакції):		Годування груддю	<input type="checkbox"/> так Вік дитини _____
Вага (кг):		Алергія (вказати на що):	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні

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

НАСЛІДКИ ПРИЙОМУ ЛЗ ПРИ ВАГІТНОСТІ / ГОДУВАННІ ГРУДДЮ (В/ГГ ЛЗ)

Опис наслідків В/ГГ ЛЗ (в тому числі дані лабораторно-інструментальних досліджень)	Дата початку	Дата закінчення
Вжиті заходи: <input type="checkbox"/> не застосовувались <input type="checkbox"/> відміна ЛЗ <input type="checkbox"/> застосовувались (вказати): <input type="checkbox"/> корекція дози ЛЗ		
Результат: <input type="checkbox"/> невідомо <input type="checkbox"/> зміна перебігу вагітності (вказати): <input type="checkbox"/> зміна стану дитини (вказати):		
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 плоду <input type="checkbox"/> клінічно важлива подія (вказати):		

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕПОРТЕРА (особа, яка повідомляє про випадок В/ГГ 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 В/ГГ ЛЗ:	Дата заповнення:

ПІДПИС _____