

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОБІЧНУ РЕАКЦІЮ НА ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ

ВСЯ ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ ВИ НАМ НАДАЄТЕ, Є КОНФІДЕНЦІЙНОЮ ТА НЕ ПІДЛЯГАЄ РОЗГЛОШЕННЮ, ОКРІМ ВИПАДКІВ, ВСТАНОВЛЕНИХ ЗАКОНОДАВСТВОМ

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

Ініціали:		Захворювання печінки	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> невідомо
№ амбулаторної картки/історії хвороби:		Захворювання нирок	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> невідомо
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 (вказати на що):	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Вага (кг):			

ПІДОЗРЮВАНИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ (-БИ) (ПЛЗ)

Торгова назва	Міжнародна непатентована назва	Форма випуску	Серія	Доза, кратність, спосіб введення	Показання для призначення	Дата початку прийому	Дата закінчення прийому

ІНШІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ (-БИ) (які приймали протягом останніх 3-х місяців)

Торгова назва	Міжнародна непатентована назва	Форма випуску	Серія	Доза, кратність, спосіб введення	Показання для призначення	Дата початку прийому	Дата закінчення прийому

ПІДОЗРЮВАНА ПОБІЧНА РЕАКЦІЯ (-І) (ПР)

Опис ПР (в тому числі дані лабораторно-інструментальних досліджень)	Дата початку ПР	Дата закінчення ПР
Чи супроводжувалася відміна ПЛЗ зникненням ПР?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ПЛЗ не відмінювався	
Чи відмічено поновлення ПР після повторного призначення ПЛЗ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ПЛЗ повторно не призначався	
Вжиті заходи:	<input type="checkbox"/> відміна супутнього лікування <input type="checkbox"/> без лікування <input type="checkbox"/> відміна ПЛЗ <input type="checkbox"/> зниження дози ПЛЗ <input type="checkbox"/> медикаментозна терапія <input type="checkbox"/> немедикаментозна терапія (в т. ч. хірургічне втручання) <input type="checkbox"/> інше (вказати):	
Медикаментозна терапія ПР (якщо застосовувалася)		
Наслідок:	<input type="checkbox"/> смерть, пов'язана з ПР <input type="checkbox"/> смерть, не пов'язана з ПР <input type="checkbox"/> видужання з наслідками (вказати): <input type="checkbox"/> не відомий <input type="checkbox"/> видужання без наслідків <input type="checkbox"/> покращення стану <input type="checkbox"/> стан без змін	
Критерій серйозності:	<input type="checkbox"/> продовження амбулаторного лікування <input type="checkbox"/> інвалідність <input type="checkbox"/> вроджені аномалії <input type="checkbox"/> клінічно важлива подія (вказати): <input type="checkbox"/> смерть пацієнта (дата __/__/____) <input type="checkbox"/> загроза життю <input type="checkbox"/> госпіталізація чи продовження її термінів	

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕПОРТЕРА (особа, яка повідомляє про ПР)

ПІБ:			
Професійна належність:	<input type="checkbox"/> лікар <input type="checkbox"/> фармацевт <input type="checkbox"/> медпредставник <input type="checkbox"/> інше (вказати):		
Адреса:			
Телефон:	E-mail:		
Дата отримання інформації про ПР:	Дата заповнення:		