

**ИЗВЕЩЕНИЕ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**

Первичное

Дополнительная информация к сообщению
N _____ от _____

| | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Данные пациента | | | | | | | |
| Инициалы пациента (код пациента)* | | | | Пол | <input type="checkbox"/> М | <input type="checkbox"/> Ж | Вес _____ кг |
| Возраст _____ | | Беременность <input type="checkbox"/> | | , срок _____ недель | | | |
| Аллергия | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Есть, на _____ | | | | | |
| Лечение | <input type="checkbox"/> амбулаторное | <input type="checkbox"/> стационарное | <input type="checkbox"/> самолечение | | | | |
| Лекарственные средства, предположительно вызвавшие НР | | | | | | | |
| | Наименование ЛС (торговое)* | Производитель | Номер серии | Доза, путь введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии | Показание |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| Нежелательная реакция | | | | | | Дата начала НР | |
| Описание реакции* (укажите все детали, включая данные лабораторных исследований) | | | | | | Критерии серьезности НР: | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | Смерть |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | Угроза жизни |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | Госпитализация или ее продление |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | Инвалидность |
| <input type="checkbox"/> | Врожденные аномалии | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Клинически значимое событие | | | | | | |
| Дата разрешения НР _____ | | | | | | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Предпринятые меры | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Без лечения | <input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС | <input type="checkbox"/> Снижение дозы ЛС | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) | | | | | | | |

Лекарственная терапия _____

Исход

Выздоровление без последствий Улучшение состояния Состояние без изменений

Выздоровление с последствиями (указать) _____

Смерть Неизвестно Не применимо

Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР? Нет Да ЛС не отменялось Не применимо

Назначалось ли лекарство повторно? Нет Да Результат _____ Не применимо

Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному желанию)

| | Наименование ЛС (торговое) | Производитель | Номер серии | Доза, путь введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии | Показание |
|---|----------------------------|---------------|-------------|---------------------|---------------------|------------------------|-----------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Данные сообщающего лица

Врач Другой специалист системы здравоохранения Пациент Иной

Контактный телефон/e-mail:* _____

Ф.И.О _____

| |
|-----------------------------------|
| Должность и место работы _____ |
| Дата сообщения _____ |
| |

* Поле обязательно к заполнению.

Сообщение может быть отправлено:

- e-mail: pharm@roszdravnadzor.ru
- факс: +7 (495) 698-15-73
- онлайн на сайте www.npr.roszdravnadzor.ru
- почтовый адрес: 109074, г. Москва, Славянская площадь, д.4, строение 1.