***Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НР**  ФИО:  Должность и место работы:  Адрес учреждения:  Телефон:  Дата получения информации: | | | | | | | | | | **ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**  Инициалы:  № амбулаторной карты или истории болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол: 🞏 М 🞏 Ж  Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес (кг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Беременность 🞏 Срок беременности \_\_\_\_\_недель  Нарушение функции печени 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  Нарушение функции почек 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  Аллергия (указать на что): | | | | | | | |
| Лечение: 🞏 амбулаторное 🞏 стационарное 🞏 самолечение  Сообщение: 🞏 первичное  🞏 повторное (дата первичного \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) | | | | | | | | | |
| **ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №1, предположительно вызвавшее НР** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название (МНН) | | | |  | | | | | | | | **Торговое название** | | | |  | |
| Производитель |  | | | | Страна | |  | | | | | Номер серии | |  | | | |
| Показание к назначению | | Путь введения | | | Разовая/Суточная доза | | Дата начала терапии | | | | | Дата окончания терапии | | Доза, вызвавшая НР | | | |
|  | |  | | |  | | / / | | | | | / / | |  | | | |
| **ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее НР** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название (МНН) | | | |  | | | | | | | | **Торговое название** | | | |  | |
| Производитель |  | | | | Страна | |  | | | | | Номер серии | | |  | | |
| Показание к назначению | | Путь введения | | | Разовая/Суточная доза | | Дата начала терапии | | | | | Дата окончания терапии | | | Доза, вызвавшая НР | | |
|  | |  | | |  | | / / | | | | | / / | | |  | | |
| **ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее НР** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название (МНН) | | | |  | | | | | | | | **Торговое название** | | | |  | |
| Производитель |  | | | | Страна | |  | | | | | Номер серии | | |  | | |
| Показание к назначению | | Путь введения | | | Разовая/Суточная доза | | Дата начала терапии | | | | | Дата окончания терапии | | | Доза, вызвавшая НР | | |
|  | |  | | |  | | / / | | | | | / / | | |  | | |
| **ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)**  Укажите **«НЕТ»**, если других лекарств пациент не принимал | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| МНН | | | ТН | | | | | Путь введения | | | Дата начала терапии | | Дата окончания терапии | | | | Показание |
|  | | |  | | | | |  | | | / / | | / / | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | / / | | / / | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | / / | | / / | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | / / | | / / | | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | / / | | / / | | | |  |
| **Описание НР:** | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата начала НР:  \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Дата разрешения:  \_\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ |
| **Сопровождалось ли отмена ЛС исчезновением НР?** 🞏 да 🞏 нет 🞏 ЛС не отменялось 🞏 неприменимо | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Отмечено ли повторение НР после повторного назначения ЛС?** 🞏 да 🞏 нет 🞏 ЛС повторно не назначалось 🞏 неприменимо | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Предпринятые меры:**  🞎 Без лечения  🞎 Отмена подозреваемого ЛС  🞎 Снижение дозы подозреваемого ЛС | | | | | | * Отмена сопутствующего лечения * Лекарственная терапия   🞎 Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)  🞎 Другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Лекарственная терапия НР (если понадобилась)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Исход:**  🞎 выздоровление без последствий  🞎 улучшение состояния  🞎 состояние без изменений  🞎 выздоровление с последствиями (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 🞎 смерть  🞎 не известно  🞎 не применимо | | | | | | | | |
| **Критерий серьезности (отметьте, если это подходит):**  🞎 смерть  🞎 угроза жизни  🞎 госпитализация или ее продление | | | | | | | | | 🞎 врожденные аномалии  🞎 инвалидность / нетрудоспособность  🞎 не применимо | | | | | | | | |
| **Значимая дополнительная информация**  *Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НР (пожалуйста, приведите даты).*  *Сопутствующие заболевания. Анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия.*  *Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации. Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |