



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

 Первичное

 Дополнительная информация к сообщению  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Данные пациента							
<b>Инициалы пациента</b> (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 _____	
<b>Описание реакции*</b> (укажите все детали, включая данные лабораторных исследований)						<b>Критерии серьезности НР:</b>	
						<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	
Дата разрешения НР _____						<input type="checkbox"/> Клинически значимое событие	
						<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)							
<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия _____							
Исход							
<input type="checkbox"/> Выздоровление без последствий <input type="checkbox"/> Улучшение состояния <input type="checkbox"/> Состояние без изменений							
<input type="checkbox"/> Выздоровление с последствиями (указать) _____							
<input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> 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 сообщającego 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](mailto:pharm@roszdravnadzor.ru),
- факс: +7(495)698-15-73,
- он-лайн на сайте [npr.roszdravnadzor.ru](http://npr.roszdravnadzor.ru)
- почтовый адрес: 109074, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, строение 1.