

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

ВРАЧ или другое лицо, сообщющее о НР ФИО: Должность и место работы: Адрес учреждения: Телефон: Дата получения информации:			ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ Инициалы: № амбулаторной карты или истории болезни _____ Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж Возраст: _____ Вес (кг): _____ Беременность <input type="checkbox"/> Срок беременности _____ недель Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно Аллергия (указать на что):		
Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> 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
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	

Дата получения ОБЛС: _____ № _____ Подпись: _____

<p>Описание НР:</p>	<p>Дата начала НР: ____/____/____</p> <p>Дата разрешения: ____/____/____</p>								
<p>Сопровождалось ли отмена ЛС исчезновением НР? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> ЛС не отменялось <input type="checkbox"/> неприменимо</p>									
<p>Отмечено ли повторение НР после повторного назначения ЛС? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> ЛС повторно не назначалось <input type="checkbox"/> неприменимо</p>									
<p>Предпринятые меры:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Без лечения</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Лекарственная терапия</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Другое, указать _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Без лечения	<input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения	<input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия	<input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)		<input type="checkbox"/> Другое, указать _____
<input type="checkbox"/> Без лечения	<input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения								
<input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия								
<input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)								
	<input type="checkbox"/> Другое, указать _____								
<p>Лекарственная терапия НР (если понадобилась)</p>									
<p>Исход:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> выздоровление без последствий</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> смерть</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> улучшение состояния</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> не известно</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> состояние без изменений</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> не применимо</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями (указать) _____</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> выздоровление без последствий	<input type="checkbox"/> смерть	<input type="checkbox"/> улучшение состояния	<input type="checkbox"/> не известно	<input type="checkbox"/> состояние без изменений	<input type="checkbox"/> не применимо	<input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями (указать) _____	
<input type="checkbox"/> выздоровление без последствий	<input type="checkbox"/> смерть								
<input type="checkbox"/> улучшение состояния	<input type="checkbox"/> не известно								
<input type="checkbox"/> состояние без изменений	<input type="checkbox"/> не применимо								
<input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями (указать) _____									
<p>Критерий серьезности (отметьте, если это подходит):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> смерть</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> врожденные аномалии</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> угроза жизни</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> инвалидность / нетрудоспособность</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> не применимо</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> смерть	<input type="checkbox"/> врожденные аномалии	<input type="checkbox"/> угроза жизни	<input type="checkbox"/> инвалидность / нетрудоспособность	<input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление	<input type="checkbox"/> не применимо		
<input type="checkbox"/> смерть	<input type="checkbox"/> врожденные аномалии								
<input type="checkbox"/> угроза жизни	<input type="checkbox"/> инвалидность / нетрудоспособность								
<input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление	<input type="checkbox"/> не применимо								
<p>Значимая дополнительная информация <i>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.</i></p>									
<p>Контактная информация: <i>Отправьте заполненную форму "Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства" любым из доступных способов:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. По электронной почте: safety@biocad.ru 2. По факсу: 8-800-333-60-30 (доб. 116) (бесплатно по России) или 8-495-992-66-28 (доб. 116) 3. По почте. Адрес: 143422, Московская обл., Красногорский р-н, с. Петрово-Дальнее, ЗАО «БИОКАД» с пометкой "фармаконадзор". <p><i>Вы так же можете обратиться на телефон горячей линии: 8-800-200-08-16 (бесплатно по России).</i></p>									