|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Форма-извещения  Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о HP  ФИО:  Должность и место работы:  Адрес учреждения:  Телефон:  Дата получения информации: | | | | | | | | | | ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ  Инициалы:  № амбулаторной карты или истории болезни Пол: DM аж 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 HP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название (МНИ) | | | | |  | | | | | | | Торговое  название | | |  | |
| Производитель |  | | | | | Страна | | |  | | | Номер серии | | | |  |
| Показание к назначению | | | | Путь  введения | | Разовая/Суточная  доза | | | Дата начала терапии | | | Дата окончания терапии | | | | Доза, вызвавшая HP |
|  | | | |  | |  | | | / / | | | / / | | | |  |
| ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее HP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 HP |
|  | | | |  | |  | | | / / | | | / / | | | |  |
| ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее HP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 HP |
|  | | | |  | |  | | | / / | | | / / | | | |  |
| 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 HP: | | | | | | | | | | | | | | | | Дата начала HP:  / /  Дата разрешения: / / |
| Сопровождалось ли отмена ЛС исчезновением HP? | | | | | | | | □ да □ нет □ ЛС не отменялось □ неприменимо | | | | | | | | |
| Отмечено ли повторение HP 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 HP (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 * клинически значимое событие (указать) | | | | | | | | * 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 HP (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. | | | | | | | | | | | | | | | | |