|  |
| --- |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Форма-извещенияИзвещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства. |
| ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о HPФИО:Должность и место работы:Адрес учреждения:Телефон:Дата получения информации: | ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕИнициалы:№ 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) |  | Торговоеназвание |  |
| Производитель |  | Страна |  | Номер серии |  |
| Показание к назначению | Путьвведения | Разовая/Суточнаядоза | Дата начала терапии | Дата окончания терапии | Доза, вызвавшая HP |
|  |  |  | / / | / / |  |
| ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее HP |
| Международное непатентованное название (МНН) |  | Торговоеназвание |  |
| Производитель |  | Страна |  | Номер серии |  |
| Показание к назначению | Путьвведения | Разовая/Суточнаядоза | Дата начала терапии | Дата окончания терапии | Доза, вызвавшая HP |
|  |  |  | / / | / / |  |
| ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее HP |
| Международное непатентованное название (МНН) |  | Торговоеназвание |  |
| Производитель |  | Страна |  | Номер серии |  |
| Показание к назначению | Путьвведения | Разовая/Суточнаядоза | Дата начала терапии | Дата окончания терапии | Доза, вызвавшая HP |
|  |  |  | / / | / / |  |
| ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентомсамостоятельно (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 информацияДанные 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. |