

ИЗВЕЩЕНИЕ О НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ (НПР) ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное		<input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____)			
ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НПР		ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ			
ФИО:		Инициалы:			
Должность и место работы:		Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное			
Отделение, павильон:		<input type="checkbox"/> самолечение			
Телефон:		№ амбулаторной карты или истории болезни _____			
Подпись: _____		Возраст: _____			
Дата: _____		Этническая принадлежность (нац.) _____			
		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж Вес (кг): _____			
ДИАГНОЗ:					
ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ (ЛП), предположительно вызвавшее НПР					
Международное непатентованное название (МНН)		Торговое название (ТН)		Производитель, страна	
Номер серии	Путь введения	Суточная доза	Дата начала терапии	Дата обнаружения ПД	Дата прекращения терапии
			/ /	/ /	/ /
Показание (в т.ч. самолечение)					
Креатинин		СКФ		Наличие печеночной недостаточности	Да / нет
Непереносимость ЛП (каких, проявления)					
ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛП принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)					
Укажите «НЕТ», если других лекарственных препаратов пациент не принимал					
МНН	ТН	Путь введения	Дата начала терапии	Дата прекращения терапии	Показание
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
НПР, предположительно связанные с приемом лекарственного препарата					
Проявления, симптомы:			Дата начала НПР: _____ / _____ / _____		
			Дата разрешения: _____ / _____ / _____		
Предпринятые меры:					
<input type="checkbox"/> Без лечения		<input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС			
<input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛП		<input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения			
<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия		<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хир. вмешательства)			
Дополнительная лекарственная терапия (если понадобилась)					
Исход:					
<input type="checkbox"/> выздоровление без последствий		<input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление			
<input type="checkbox"/> угроза жизни		<input type="checkbox"/> инвалидность			
<input type="checkbox"/> состояние без динамики		<input type="checkbox"/> рождение ребенка с врожденной аномалией			
<input type="checkbox"/> смерть		<input type="checkbox"/> не известно			
Значимая дополнительная информация, включая анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия. Для врожденных аномалий указать все другие ЛП, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации. Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.					