**Форма сообщения**

Лицо, сообщающее о нежелательной реакции

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. |  |
| Должность и место работы: |  |
| Телефон: |  |
| Дата: |  |

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Пол: | *мужчина, женщина* |
| Лечение: | *амбулаторное, стационарное, самолечение* |
| Возраст: |  |
| Наличие беременности: | *да, нет* |
| Наличие хронических заболеваний |  |
| Наличие аллергических реакций: |  |

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО, предположительно вызвавшее нежелательную реакцию

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование лекарственного препарата | *Выберите из списка* |
| Номер серии: |  |
| Показания к назначению: |  |
| Разовая/суточная доза: |  |
| Дата начала терапии: |  |
| Дата прекращения терапии: |  |
| Описание нежелательной реакции: |  |
| Дата обнаружение нежелательной реакции: |  |
| Доза, вызвавшая нежелательную реакцию: |  |
| Предпринятые действия: |  |
| Исход: | *Выздоровление без последствий, госпитализация или ее продление, угроза жизни, инвалидность, состояние без динамики, рождение ребенка с врожденными аномалиями, смерть, не известно, другое* |
| Другой исход: |  |
| Значимая дополнительная информация: |  |

ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, принимаемые в течение последних 3-х месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно

|  |  |
| --- | --- |
| Пациент не принимал других лекарственных средств: | *да* |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование лекарственного препарата |  |
| Показания к назначению: |  |

Я согласен на изучение, анализ и передачу данных с целью обеспечения безопасности лекарственных средств .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Ф.И.О., дата