Отчет о побочных явлениях

Обязательно вернуть в Отдел Фармнадзора

Факс: + 380445662203, e-mail: [office@miltonia-hs.com](mailto:office@miltonia-hs.com)

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата получения:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ДАТА ДЕКЛАРАЦИИ: | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | ДАТА ОБРАЩЕНИЯ В ОТДЕЛ: | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ПЕРЕДАЕТ**:  ВРАЧ  ФАРМАЦЕВТ  ПАЦИЕНТ  ДРУГИЕ**  *(указать)* | | | | | | | | | |
| **Г-н** | **Г-жа** | **Г-жа** |  | | | | | Штамп и подпись | |
| **Адрес:** | | |  | | | | |
|  | | | | |
| **Почтовый индекс:** | | |  | | **Страна:** |  | |
| **Тел:** | | |  | | |  | |
| **Факс:** | | |  | | | **E-mail:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПАЦИЕНТ: | | | | | | | | |
| Инициалы: |  | Вес: |  | Рост*:* |  | Беременность | | Кормление |
| Пол*:* |  | F |  | M |  | |  | Дата рождения: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ПОБОЧНАЯ РЕАКЦИЯ (название): | | | | |
| Дата возникновения: |  | **Время появления** после 1 использования средства  (часов, дней, лет): | | |
| Длительность реакции: |  | Дата выздоровления: | | |
| Описание симптомов: | | | | |
| Интенсивность: | слабая | | умеренная | сильная |

|  |  |
| --- | --- |
| СЕРЬЕЗНОСТЬ: | |
| **да** | **нет** |
| **Если да**,  Другие медицински важные явления  Врожденные аномалии  Необходимость или длительная госпитализация  Длительность, значительное отсутствие работоспособности или инвалидность  Угроза жизни  Смерть | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (НАЗВАНИЕ) : | | | | | |
| Фармацевтическая форма: |  | | Дозировка: |  | |
| Показания: |  | | Вид приема: |  | |
| Номер партии: |  | |  |  | |
| **Дозировка** |  | | | | |
| Суточная дозировка | Шт. (мг. г) | | Количество таблеток в день: |  | |
| **Даты лечения** |  | | | | |
| Начало: |  | | Окончание: | |  |
| Длительность: |  | | | | |
| **Прекращено ли лечение?** | | **да** | | | **нет** |
| Исчезновение реакции после прекращения лечения**:** | | **да** | | | нет |
| Продолжение: | | **да** | | | нет |
| Отсутствие ясной информации: | | **да** | | | нет |
| **Продолжение лечения при уменьшенной дозировке** | | **да – дозировка:** | | | **нет** |
| Исчезновение реакции: | | **да** | | | нет |
| Продолжение: | | **да** | | | нет |
| Отсутствие ясной информации: | | **да** | | | нет |
| **Продолжение лечения без изменений** | | **да** | | | **нет** |
| **Повторное начало лечения?** | | **да** | | | **нет** |
| Возникла ли вновь реакция после повторного назначения: | | **да** | | | нет |
| Повторного назначения не было или ясная информация отсутствует: | | **да** | | | нет |
| **Корректирующее лечение:** | | **да**  Какие: | | | **нет** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| СОПУТСТВУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ: | | | |
| **Да** | **Нет** | **Не известно** |  |
| Если да**:**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Средство | Показание | Начало лечения (день/месяц/год) | Продолжение (да / нет) | Окончание лечения (день/месяц/год) | Дозировка | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | | |
| **Комментарии:** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА И ФАКТОРЫ РИСКА: | |
| **Личная:** |  |
| **Семейная:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| МЕДИЦИНСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ | **да** | **нет** |
| (кровь, рентген, пр.) | Если да, какие:  Результаты: | |

|  |  |
| --- | --- |
| РЕЗУЛЬТАТ: | |
| Неизвестен | |
| Не доказан | |
| Выздоровление через определенное время | Указать дату: |
| Выздоровление | Указать дату: |
| Продолжение | |
| Смерть, связанная с событием | |
| Смерть, возможно связанная с событием | |
| Смерть, не связанная с событием | |

|  |
| --- |
| СВЯЗЬ МЕЖДУ ЛЕКАРСТВОМ И ВОЗНИКШЕЙ РЕАКЦИЕЙ: |
| Исключена |
| Маловероятна |
| Вероятна |
| Возможна |
| Существует |

|  |
| --- |
| КОММЕНТАРИИ: |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Обязательно отправьте этот отчет в Отдел фармнадзора:**  **Факс: + 380445662203, e-mail: [office@miltonia-hs.com](mailto:office@miltonia-hs.com)** | | |
|  | | | |
| **Получено отделом фармнадзора:** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |