## Извещение о нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НР**  ФИО:  Должность и место работы:  Адрес учреждения:  Телефон:  Дата получения информации: | | | | | | | | **ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**  Инициалы:  № амбулаторной карты или истории болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол:  М  Ж  Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес (кг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Беременность  Срок беременности \_\_\_\_\_недель   1. Отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства.  2. Неожиданная реакция  | | | | | | | |
| Лечение:  амбулаторное  стационарное  самолечение  Сообщение:  первичное   повторное (дата первичного \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) | | | | | | | |
| **1-ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС),** Отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 НР | | |
|  | |  | | |  | / / | | | | / / | | |  | | |
| **2-ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) , предположительно вызвавшее НР** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 НР | |
|  | |  | | |  | / / | | | | / / | | | |  | |
| **2-1- 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 |
|  | | |  | | | |  | | / / | | / / | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | / / | | / / | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | / / | | / / | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | / / | | / / | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | / / | | / / | | | |  |
| **2-2-Описание НР:** | | | | | | | | | | | | | | | Дата начала НР:  \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Дата разрешения:  \_\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ |