## 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 \_\_\_\_\_недель1. Отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства. 
2. Неожиданная реакция 
 |
| Лечение:  амбулаторное  стационарное  самолечениеСообщение:  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:\_\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ |