**Карта-извещение о нежелательной реакции**

**на лекарственный препарат производства ОАО «Несвижский завод медицинских препаратов»»**

Заполненную карту-извещение просим направить в адрес предприятия любым доступным способом, либо по электронной почте: fnadzor@nzmp.net

Сообщить о нежелательном последствии фармакотерапии можно также по телефону:

**+375 1770 62913**

|  |  |
| --- | --- |
| **Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакции** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)Телефон:Должность и место работы:Адрес учреждения: | **Информация о пациенте**Инициалы:Номер медицинской карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол: 🞏 М 🞏 Ж Возраст: \_\_\_\_\_\_\_ Вес (кг): \_\_\_\_\_\_\_\_Нарушение функции печени 🞏 да 🞏 нет 🞏 неизвестноНарушение функции почек 🞏 да 🞏 нет 🞏 неизвестноАллергия (указать на что):  |
| **Лечение:** 🞏 стационарное Сообщение:  | 🞏 амбулаторное🞏 самолечение🞏 первичное🞏 повторное (дата первичного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |
| **ПОДОЗРЕВАЕМОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО** |
| Международное непатентованное название  |  | Торговое название  |  |
| Производитель |  | Номер серии |  |
| Показание к применению | Путь введения | Разовая доза | Кратность введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|  |  |  |  | / / | / / |
| **ДРУГИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА** (Укажите «НЕТ», если других лекарственных средств пациент не принимал) |
| Международное непатентованное название или торговое название лекарственного средства | Показание к применению | Путьвведения | Разовая доза | Крат-ность введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
| **Описание подозреваемой нежелательной реакции:** | Дата начала:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата окончания:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Результат прекращения приема подозреваемого лекарственного средства:**🞎 явное улучшение🞎 нет улучшения🞎 не отменялось🞎 неизвестно🞎 неприменимо | **Сопутствующие заболевания, иные состояния или факторы риска:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Оценка причинно-следственной связи:**🞎 достоверная🞎 вероятная🞎 возможная🞎 сомнительная🞎 условная🞎 не подлежащая классификации | **Исход нежелательной реакции:**🞎 выздоровление без последствий🞎 улучшение состояния🞎 выздоровление с последствиями (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 состояние без изменений (еще не выздоровел)🞎 смерть возможно связана с нежелательной реакцией🞎 смерть не связана с нежелательной реакцией🞎 исход не известен |
| **Предпринятые меры:**🞎 без лечения🞎 отмена подозреваемого лекарственного средства🞎 снижение дозы подозреваемого лекарственного средства🞎 отмена сопутствующего лечения🞎 применение медикаментозной терапии🞎 немедикаментозная терапия (в том числе хирургическое вмешательство)🞎 другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Лекарственные средства, применяемые для купирования нежелательной реакции** (если потребовалась)  |
| **Критерий отнесения к серьезным нежелательным реакциям** (отметьте, если это подходит):🞎 смерть🞎 угроза жизни🞎 госпитализация или ее продление🞎 врожденные аномалии 🞎 инвалидность / нетрудоспособность🞎 необходимость медицинского вмешательства для предотвращения вышеперечисленных состояний🞎 неприменимо | **Отмечено ли повторение нежелательной реакции после повторного назначения лекарственного средства:**🞎 возобновление нежелательной реакции🞎 отсутствие нежелательной реакции🞎 повторно не назначалось🞎 отсутствие нежелательной реакции при снижении дозы🞎 неизвестно |
| **Подозреваемое лекарственное средство применяется в:**🞎 медицинской практике 🞎 клинических испытаниях (номер протокола клинического испытания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Важная дополнительная информация:Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации лекарственных средств в крови (тканях), если таковые имеются и связаны с нежелательной реакцией (пожалуйста, приведите даты):Сопутствующие заболевания, анамнестические данные:Подозреваемые лекарственные взаимодействия:Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации:*Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо* |