**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](mailto: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 🞏 неизвестно  Нарушение функции почек  🞏 да 🞏 нет 🞏 неизвестно  Аллергия (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 | | Путь  введения | | 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* | |