

КАРТА-ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОБІЧНУ РЕАКЦІЮ (ПР) та/або відсутність ефективності (ВЕ) лікарського засобу (ЛЗ) при його медичному застосуванні	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
--	----------------------

I. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

1. Ініціали пацієнта	2.Номер історії хвороби/ амбулаторної карти	3. Дата народження			4. Стать	5. Наслідок ПР/ВЕ	
		день	місяць	рік		<input type="checkbox"/> видужання <input type="checkbox"/> видужує <input type="checkbox"/> без змін <input type="checkbox"/> невідомо	<input type="checkbox"/> видужання з наслідками <input type="checkbox"/> смерть не від ПР <input type="checkbox"/> смерть, можливо від ПР <input type="checkbox"/> смерть в результаті ПР
6. Початок ПР/ВЕ (дата, час) / / / /, / /		7. Закінчення ПР (дата, час) / / / /, / /			9. Категорія ПР/ВЕ		
8. Опис ПР/Зазначення ВЕ ЛЗ (включно з даними лабораторно - інструментальних досліджень, які стосуються ПР)					<input type="checkbox"/> смерть пацієнта / / / / <input type="checkbox"/> загроза життю <input type="checkbox"/> госпіталізація амбулаторного пацієнта <input type="checkbox"/> подовження термінів госпіталізації <input type="checkbox"/> тривала непрацездатність, інвалідність <input type="checkbox"/> вроджені вади розвитку <input type="checkbox"/> інша важлива медична оцінка <input type="checkbox"/> нічого з вищезазначеного		

II. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПІДОЗРЮВАНИЙ ЛЗ (ПЛЗ), ВИРОБНИКА ПЛЗ (для вакцин додатково див. зворотній бік карти)

10. ПЛЗ (торгове найменування, лікарська форма)	11. Виробник, країна			12. Номер серії	
13. Показання для призначення (по можливості зазначити шифр по МКХ-10)	14. Разова доза	15.Кратність приймання	16. Спосіб уведення	17. Початок терапії ПЛЗ / / / /	18. Закінчення терапії ПЛЗ / / / /

III. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУПУТНІ ЛЗ (за виключенням препаратів, які застосовувалися для корекції наслідків ПР)

19. Супутні ЛЗ (торгове найменування, лікарська форма, виробник)	20. Покази (по можливості по МКХ-10)	21. Разова доза	22.Кратність приймання	23.Спосіб уведення	24.Початок к терапії	25.Закінч. терапії

26. Інша важлива інформація (діагнози, алергія, вагітність із зазначенням тривалості тощо)

IV. ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ ПР

<input type="checkbox"/> Відміна ПЛЗ Чи супроводжувалась відміна ПЛЗ зникненням ПР?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
<input type="checkbox"/> Повторне призначення ПЛЗ Чи відмічено поновлення ПР після повторного призначення ПЛЗ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
<input type="checkbox"/> Зміна дозового режиму ПЛЗ (зниження/підвищення, зазначити, на скільки): Чи відмічено поновлення ПР/ВЕ після зміни дозового режиму ПЛЗ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
<input type="checkbox"/> Корекцію ПР/ВЕ не проводили	
<input type="checkbox"/> Медикаментозна терапія ПР/ВЕ (зазначити ЛЗ, дозовий режим, тривалість призначення):	

V. ПРИЧИННО-НАСЛІДКОВИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПР ТА ПЛЗ

<input type="checkbox"/> визначений	<input type="checkbox"/> імовірний	<input type="checkbox"/> можливий	<input type="checkbox"/> сумнівний	<input type="checkbox"/> не визначений	<input type="checkbox"/> не підлягає класифікації
-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--	---

VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОВІДОМНИКА

27. ПІБ повідомника, тел/факс, email	28. Повідомлення надає <input type="checkbox"/> лікар <input type="checkbox"/> провізор <input type="checkbox"/> фармацевт <input type="checkbox"/> медсестра <input type="checkbox"/> фельдшер <input type="checkbox"/> акушер <input type="checkbox"/> заявник	29. Назва та місцезнаходження закладу охорони здоров'я або заявника			
30. Джерело повідомлення (п. 30-32 тільки для заявника) <input type="checkbox"/> лікар <input type="checkbox"/> пацієнт <input type="checkbox"/> дослідження <input type="checkbox"/> література <input type="checkbox"/> інше	31. Номер повідомлення, присвоєний заявником	32. Дата отримання заявником	33. Тип повідомлення <input type="checkbox"/> первинне <input type="checkbox"/> наступне <input type="checkbox"/> заключне	34. Дата заповнення	

Повідомлення заповнюється та надається за місцезнаходженням: Повідомлення заповнюється та надається за місцезнаходженням: ТОВ «КРЕО ФАРМ ПРОМОУШН» вул. Ярославів Вал, 13/2Б 01054 Київ, Україна,