

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

e-mail: [dlomt@pharm.kg](mailto:dlomt@pharm.kg)  
 тел. горячей линии 0800 800 26 26



Приложение 1 к ППКР №564  
 от 06.12.2018 г. "Об утверждении  
 Организации системы фармаконадзора."

Сообщение о нежелательной реакции  
 лекарственного средства

Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакции Фамилия, имя, отчество: Телефон: Должность и место работы: Адрес учреждения: Электронный адрес:				Информация о пациенте Инициалы: Номер медицинской карты: _____ Пол: М Ж Возраст: _____ Вес (кг): _____ Нарушение функции печени (нужное подчеркнуть) да нет не известно Нарушение функции почек да нет не известно Аллергия (указать на что):			
Лечение: амбулаторное стационарное самолечение Сообщение: первичное повторное (дата первичного приема)							
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	Кратность	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	
Описание нежелательной реакции:					Дата начала: ____/____/____		
					Дата окончания: ____/____/____		
Результат прекращения приема подозреваемого ЛС: явное улучшение нет улучшения не отменялось неизвестно неприменимо				Сопутствующие заболевания, иные состояния или факторы риска:			
Оценка причинно следственной связи: достоверная				Исход: выздоровление без последствий			

<p>Оценка причинно-следственной связи:</p> <p>достоверная вероятная возможная сомнительная условная вне классификации</p>	<p>Исход:</p> <p>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 серьезной нежелательной реакцией исход неизвестен</p>
<p>Предпринятые меры:</p> <p>без лечения отмена подозреваемого лекарственного средства снижение дозы подозреваемого лекарственного средства отмена сопутствующего лечения применение медикаментозной терапии не медикаментозная терапия (в том числе хирургическое вмешательство) другое, указать _____ _____</p>	<p>Лекарственные средства, применяемые для купирования нежелательной реакции (если потребовалась)</p>
<p>Критерий отнесения к серьезным нежелательным реакциям (отметьте, если это подходит):</p> <p>смерть угроза жизни госпитализация или ее продление врожденные аномалии инвалидность / нетрудоспособность необходимость медицинского вмешательства для предотвращения вышеперечисленных состояний неприменимо</p>	<p>Отмечено ли повторение нежелательной реакции после повторного назначения лекарственного средства:</p> <p>возобновление серьезной нежелательной реакции отсутствие серьезной нежелательной реакции повторно не назначалось отсутствие серьезной нежелательной реакции при снижении дозы неизвестно</p>
<p>Подозреваемое лекарственное средство применяется в:</p> <p>медицинской практике _____</p>	
<p>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):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Сопутствующие заболевания, анамнестические данные:</p> <p>_____</p>	
<p>Подозреваемые лекарственные взаимодействия:</p> <p>_____</p>	
<p>Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации:</p> <p>_____</p>	
<p>Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.</p>	

« \_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись)

*Сообщая о побочных реакциях или отсутствии эффективности лекарств, Вы вносите вклад в более безопасное их использование.*