|  |  |
| --- | --- |
| **КАРТА-ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОБІЧНУ РЕАКЦІЮ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ, ВАКЦИНИ, ТУБЕРКУЛІНУ, ТА/АБО ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ, ТА/АБО НЕСПРИЯТЛИВУ ПОДІЮ ПІСЛЯ ІМУНІЗАЦІЇ/ТУБЕРКУЛІНОДІАГНОСТИКИ (НППІ)** | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**Форма № 137/о |
| Повідомлення заповнюється та надається за місцезнаходженням: ТОВ «Польфарма ЮА», 04070 Київ, вул. Ілліньска, 8, 11 під’їзд, 5 поверх, тел.:+380 44 498 90 07, факс: +380 44 498 93 87, моб. тел.: 066 416 57 15, e-mail: Info.ukraine@polpharma.com |

# І. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| П.І.Б. | Номер історії хвороби/ амбулаторної карти | Дата народження/ вік | Стать | Вага (кг) | Зріст (см) |
|  |  |  | [ ]  чол. [ ]  жін. |  |  |

**ІІ. ПІДОЗРЮВАНІ ПР/ВЕ/НППІ**

|  |  |
| --- | --- |
| Підозрювана ПР/НППІ *(опишіть кожен клінічний прояв ПР/НППІ із зазначенням дат та часу початку і закінчення та наслідку)/*Зазначення ВЕДата та час початку ПР/ВЕ/НППІ Дата та час закінчення ПР/ВЕ/НППІ **Корекція ПР/ВЕ/НППІ:**[ ]  без лікування [ ] немедикаментозне лікування[ ]  медикаментозна терапія [ ] хірургічне втручання[ ]  діаліз | **Наслідок ПР/ВЕ/НППІ**[ ]  видужання без наслідків[ ]  видужує[ ]  без змін[ ]  видужання з наслідками[ ]  смерть[ ]  невідомо |
| Чи вважаються ці прояви ПР/НППІ серйозними (стосується випадку ПР/НППІ в цілому) [ ] так [ ] ні |
| Якщо так, зазначається, чому ПР/НППІ вважається серйозною (відмічається одна або декілька причин): |
|  [ ]  смерть пацієнта/ / / /(дата смерті)[ ]  загроза життю[ ]  госпіталізація/продовження госпіталізації пацієнта | [ ]  тривала непрацездатність[ ]  вроджені вади розвитку[ ]  інша важлива медична оцінка[ ]  інвалідність[ ]  групова НППІ |

# ІІІ. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПІДОЗРЮВАНІ ЛЗ, ВАКЦИНУ, ТУБЕРКУЛІН

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Підозрювані ЛЗ, вакцина, туберкулін (торговельна назва, лікарська форма, виробник) | Номер серії | Показання (за можливості за МКХ-10) | Сила дії | Разова доза | Кратність приймання | Спосіб уведення | Дата та час початку терапії | Дата та час закінчення терапії |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Заходи, що вживались стосовно підозрюваних ЛЗ, вакцини, туберкуліну для корекції ПР/ВЕ/НППІ***[ ]  відміна підозрюваного ЛЗ [ ]  невідомо[ ]  не застосовано (*наприклад, якщо підозрювані ЛЗ, вакцина, туберкулін застосовуються одноразово)*[ ]  медикаментозна терапія ПР/ВЕ/НППІ (*зазначаються ЛЗ*, *сила дії, тривалість призначення)*Чи призначалися підозрювані ЛЗ, вакцина повторно [ ] так [ ]  ні Якщо так, зазначається, чи було:[ ]  зниження дози підозрюваного ЛЗ (наскільки)[ ]  збільшення дози підозрюваного ЛЗ (наскільки)[ ]  дозу не змінювалиЧи виникала повторно ПР/ВЕ після повторного призначення підозрюваного ЛЗ[ ]  так [ ] ні |

# ІІІа. ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ У ВИПАДКУ НППІ НА ВАКЦИНИ АБО ТУБЕРКУЛІН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Категорія імунізації або туберкулінодіагностики** |  | **Категорія НППІ** |
| [ ]  масова кампанія імунізації[ ]  щеплення за віком[ ]  дитячий дошкільний заклад[ ]  школа[ ]  медичний кабінет для тих, хто подорожує[ ]  проведення туберкулінодіагностики[ ]  інше |  | [ ]  реакція на вакцину/туберкулін[ ]  програмна помилка[ ]  випадкова подія[ ]  реакція на ін’єкцію/страх перед імунізацією/туберкулінодіагностикою[ ]  невідомо |
| Номер дози (для вакцини) | Місце уведення вакцини/ туберкуліну | Спосіб уведення вакцини/ туберкуліну |
| [ ]  перший[ ]  другий[ ]  третій | [ ]  четвертий[ ]  п’ятий[ ]  > п’ятого | [ ]  ліве плече[ ]  праве плече[ ]  плече (без уточнення)[ ]  ліве стегно[ ]  праве стегно | [ ]  стегно (без уточнення)[ ]  ліве передпліччя[ ]  праве передпліччя[ ]  передпліччя (без уточнення) | [ ]  перорально[ ]  внутрішньом’язово[ ]  внутрішньошкірно[ ]  підшкірно[ ]  інше \_\_\_\_\_\_\_ |
| Термін зберігання/ / / / |
| **Дані анамнезу життя особи, якій було проведено імунізацію/туберкулінодіагностику** (щеплювальний анамнез, наявність реакцій на попередні введення вакцин, туберкуліну, наявність гострого або загострення хронічного захворювання протягом 1-1,5 місяців до проведення імунізації/туберкулінодіагностики, застосування імуносупресивної терапії протягом 1 місяця та препаратів крові протягом 3 місяців до проведення імунізації/туберкулінодіагностики тощо)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ІV. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУПУТНІ ЛЗ**

*(за винятком препаратів, що застосовувалися для корекції наслідків ПР/ВЕ/НППІ)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Супутні ЛЗ, (торговельна назва, лікарська форма, виробник, номер серії) | Показання (за можливості за МКХ-10) | Сила дії | Разова доза | Кратність приймання | Спосіб уведення | Дата початку терапії | Дата закінчення терапії |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Інша важлива інформація (супутні діагнози, дані лабораторно-інструментальних досліджень, алергоанамнез, вагітність із зазначенням строку вагітності, способу зачаття, результату вагітності (якщо вагітність завершилась, зазначаються дати пологів, тип пологів тощо))\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **V. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОВІДОМНИКА**П.І.Б. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заклад охорони здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Місцезнаходження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **VІ. ІНФОРМАЦІЯ ПРО МЕДИЧНОГО/ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СПЕЦІАЛІСТА** (якщо не повідомник)П.І.Б. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заклад охорони здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Місцезнаходження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |