**Карта-извещение о нежелательной реакции на лекарственный препарат производства РУП «Белмедпрепараты»**

*Важно знать, что информация, направленная Вами, является строго конфиденциальной и не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.* Заполненную карту-извещение просим направить в адрес предприятия любым доступным способом, по электронной почте: [phannacovigilance@belmedpreparatv.com](mailto:phannacovigilance@belmedpreparatv.com).по адресу: Республика Беларусь, 220007, г. Минск, ул. Фабрициуса, 30.

Сообщить о нежелательном последствии фармакотерапии можно также по телефонам:

**+375 17 222 78 38 или +375 44 588 00 60**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакции:  Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):  Телефон:  Должность служащего и место работы:  Место нахождения организации: | | | | | 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 в анамнезе (указать на что): | | | | | | |
| Применение лекарственного препарата:   * стационарное * амбулаторное * самолечение   Сообщение: □ первичное  □ дополнительная информация  к извещению от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата первичного извещения) | | | | |
| ПОДОЗРЕВАЕМЫЙ лекарственный ПРЕПАРАТ | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название |  | | | | | | | Торговое  название | |  | |
| Производитель |  | | | | | | | Номер серии | |  | |
| Показание к применению (диагноз) | Путь  введения | | Разовая доза | | Кратность  введения | | | Дата начала терапии | | Дата окончания терапии | |
|  |  | |  | |  | | | / / | | / / | |
| ДРУГИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (указать «НЕТ», если других лекарственных препаратов пациент не принимал) | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название или торговое название лекарственного препарата | | Показание к при­менению (диагноз) | | Путь  введения | | Разовая  доза | Крат­  ность | | Дата начала терапии | | Дата окончания терапии |
|  | |  | |  | |  |  | | / / | | / / |
|  | |  | |  | |  |  | | / / | | / / |
|  | |  | |  | |  |  | | / / | | / / |
|  | |  | |  | |  |  | | / / | | / / |
| Описание подозреваемой нежелательной реакции: | | | | | | | | | | | Дата начала  нежелательной  реакции:  / /  Дата окончания  нежелательной  эеакции:  / / |
| Результат прекращения приема подозреваемого лекарственного препарата:   * 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:   * 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 препарата * снижение дозы подозреваемого лекарственного препарата * отмена сопутствующего лечения * применение медикаментозной терапии * немедикаментозная терапия (в том числе хирургическое вмешательство) * другое, указать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Лекарственные препараты, применяемые  для купирования нежелательной реакции (если  потребовалась) | | | | | |
| Критерий отнесения к серьезным нежелательным реакциям (отметить, если это подходит):   * смерть * угроза жизни * госпитализация или ее продление * врожденные аномалии * инвалидность/нетрудоспособность * необходимость медицинского вмешательствадля предотвращения вышеперечисленных состояний * неприменимо | | | | | | Отмечено ли повторение нежелательной реакции после повторного назначения лекарственного препарата:   * возобновление нежелательной реакции * отсутствие нежелательной реакции * повторно не назначалось * отсутствие нежелательной реакции при снижении дозы * неизвестно | | | | | |
| Подозреваемый лекарственный препарат 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 (привести даты):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Анамнестические данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подозреваемые лекарственные взаимодействия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Для врожденных аномалий указать все другие лекарственные препараты, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прилагаются дополнительные страницы, если это необходимо. | | | | | | | | | | | |

□ Даю согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, инициалы)