**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.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 пациентеИнициалы: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 |  | Торговоеназвание |  |
| Производитель |  | Номер серии |  |
| Показание к применению (диагноз) | Путьвведения | Разовая доза | Кратностьвведения | 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) | Путьвведения | Разоваядоза | Крат­ность | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
| Описание подозреваемой нежелательной реакции: | Дата началанежелательнойреакции:/ /Дата окончаниянежелательнойэеакции:/ / |
| 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, применяемыедля купирования нежелательной реакции (еслипотребовалась) |
| 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 информацияДанные 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)