

## Карта-сообщение о нежелательных реакциях лекарственного препарата

Наименование организации:	
Внутренний номер карты-сообщения: Номер (медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента): Тип сообщения: спонтанный + литературное <input type="checkbox"/> клиническое исследование <input type="checkbox"/> постмаркетинговое исследование <input type="checkbox"/> Начальное сообщение: <input type="checkbox"/> Дата получения: "18" июля 2023 г. Последующее сообщение: <input type="checkbox"/> Дата последующего наблюдения: " ____ " _____ г.	
Информация о пациенте: Инициалы*: Дата рождения*: Возраст*: (лет) Пол*: Мужской + Женский <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Рост: ____ см Вес: ____ кг Национальность: + азиат <input type="checkbox"/> азиат (восточная азия) <input type="checkbox"/> европеец <input type="checkbox"/> другая (указать) _____	
Клинический диагноз* (Заполняется только сотрудниками здравоохранения)	код МКБ-10:
Основной:	
Сопутствующий:	
Информация о беременности Беременность: Да <input type="checkbox"/> Нет+ Неизвестно <input type="checkbox"/> Если Да: Дата последней менструации: ____ . ____ . ____ Предполагаемая дата родов: ____ . ____ . ____ Количество плодов _____ Зачатие нормальное (включая прием лекарств) <input type="checkbox"/> Invitro <input type="checkbox"/> Исход беременности: <input type="checkbox"/> беременность продолжается <input type="checkbox"/> живой плод без врожденной патологии <input type="checkbox"/> живой плод с врожденной патологией <input type="checkbox"/> прерывание без видимой врожденной патологии <input type="checkbox"/> прерывание с врожденной патологией <input type="checkbox"/> спонтанный аборт без видимой врожденной патологии (<22 недель) <input type="checkbox"/> спонтанный аборт с врожденной патологией (<22 недель) <input type="checkbox"/> мертвый плод без видимой врожденной патологии (>22 недель) <input type="checkbox"/> мертвый плод с врожденной патологией (>22 недель) <input type="checkbox"/> внематочная беременность <input type="checkbox"/> пузырный занос <input type="checkbox"/> дальнейшее наблюдение невозможно <input type="checkbox"/> неизвестно Если беременность уже завершилась: Дата родов: ____ . ____ . ____ Гестационный срок при рождении (невынашивании, прерывании): _____ Тип родов: <input type="checkbox"/> нормальный вагинальный	

кесарево сечение  
 патологические вагинальные (щипцы, вакуум экстракция)  
 Вес ребенка: \_\_\_\_\_ гр. Рост \_\_\_\_\_ см Пол: Мужской  Женский   
 Шкала Апар: 1 минута \_\_\_\_\_, 5 минута, \_\_\_\_\_ 10 минута  
 Дополнительная информация:

Подозреваемый препарат.	Дата начала приема	Дата Завершения приема	Путь введения, частота приема	Серия/партия №, срок годности	Показания

Предпринятые меры  
 Препарат отменен   
 Курс остановлен +  
 Доза снижена   
 Без изменений   
 Доза увеличена   
 Неизвестно   
 Другое \_\_\_\_\_

Нежелательная реакция*	Дата начала*	Дата окончания	Исход	Связь с ЛС
			<input type="checkbox"/> Выздоровление <input type="checkbox"/> Продолжается <input type="checkbox"/> Госпитализация <input type="checkbox"/> Вр.аномалии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Смерть + Улучшение <input type="checkbox"/> Ухудшение	+ Вероятная <input type="checkbox"/> Не связано <input type="checkbox"/> Возможная
2.			<input type="checkbox"/> Выздоровление <input type="checkbox"/> Продолжается <input type="checkbox"/> Госпитализация <input type="checkbox"/> Вр.аномалии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Улучшение <input type="checkbox"/> Ухудшение	<input type="checkbox"/> Вероятная <input type="checkbox"/> Не связано <input type="checkbox"/> Возможная
3.			<input type="checkbox"/> Выздоровление <input type="checkbox"/> Продолжается <input type="checkbox"/> Госпитализация <input type="checkbox"/> Вр.аномалии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Улучшение <input type="checkbox"/> Ухудшение	<input type="checkbox"/> Вероятная <input type="checkbox"/> Не связано <input type="checkbox"/> Возможная

\* Если подозреваемый препарат - вакцина, введите номер дозы. Если номер дозы неизвестен, напишите П для первичной вакцинации и Б – для бустерной дозы.

Пожалуйста, укажите, если какие-либо вакцины были введены в одном шприце.

3. Рассматриваете ли Вы эту нежелательную реакцию как серьезную?		
Да <input type="checkbox"/>		
Нет <input type="checkbox"/>		
Если Да, пожалуйста, укажите, почему это явление рассматривается, как серьезное (поставьте все, что применимо):		
Угрожает жизни <input type="checkbox"/>	Выраженная или постоянная инвалидность <input type="checkbox"/>	Требует или удлинит госпитализацию? <input type="checkbox"/>

Врожденные аномалии? <input type="checkbox"/>	Имеет важное медицинское значение <input type="checkbox"/>	Пациент умер <input type="checkbox"/>			
Описание нежелательной реакции лекарственного средства для коррекции, дополнительная информация: Если пациент умер, что явилось причиной смерти? Предоставьте результаты аутопсии, если возможно					
Был ли подозреваемый препарат или курс вакцинации отменен? Да + Нет <input type="checkbox"/>					
Сопутствующее ЛС 1 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное и торговое название)	Лекарственная форма (номер серии)	Общая суточная доза (путь назначения, сторона)	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания
Предпринятые меры <input type="checkbox"/> Препарат отменен <input type="checkbox"/> Курс остановлен <input type="checkbox"/> Доза снижена <input type="checkbox"/> Без изменений <input type="checkbox"/> Доза увеличена <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Другое _____					
Сопутствующее ЛС 2 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное и торговое название)	Лекарственная форма (номер серии)	Общая суточная доза (путь назначения, сторона)	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания
Сопутствующее ЛС 3 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное и торговое название)	Лекарственная форма (номер серии)	Общая суточная доза (путь назначения, сторона)	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания
Значимые данные анамнеза, сопутствующие заболевания, аллергия* (включая курение и употребление алкоголя)	Продолжается	Значимые данные анамнеза, сопутствующие заболевания, аллергия (включая курение и употребление алкоголя)			
Имя*:					
Контактные данные*					