

Рекомендуемая форма

**ИЗВЕЩЕНИЕ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ  
ИЛИ ОТСУТСТВИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА  
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**

Первичное

Дополнительная информация к сообщению  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Данные пациента**

**Инициалы пациента** (код пациента)\* \_\_\_\_\_ Пол  М  Ж Вес \_\_\_\_\_ кг

Возраст \_\_\_\_\_ Беременность , срок \_\_\_\_\_ недель

Аллергия  Нет  Есть, на \_\_\_\_\_

Лечение  амбулаторное  стационарное  самолечение

**Лекарственные средства, предположительно вызвавшие нежелательную реакцию (НР)**

	<b>Наименование ЛС (торговое)*</b>	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
1							
2							
3							

**Нежелательная реакция** Дата начала НР \_\_\_\_\_

<p><b>Описание реакции*</b> (укажите все детали, включая данные лабораторных исследований)</p>      <p>Дата разрешения НР _____</p>	<b>Критерии серьезности НР:</b>
	<input type="checkbox"/> Смерть
	<input type="checkbox"/> Угроза жизни
	<input type="checkbox"/> Госпитализация или ее продление
	<input type="checkbox"/> Инвалидность
	<input type="checkbox"/> Врожденные аномалии
	<input type="checkbox"/> Клинически значимое событие
<input type="checkbox"/> Не применимо	

**Предпринятые меры**

Без лечения  Отмена подозреваемого ЛС  Снижение дозы ЛС

Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)

Лекарственная терапия \_\_\_\_\_

**Исход**

Выздоровление без последствий  Улучшение состояния  Состояние без изменений

Выздоровление с последствиями (указать) \_\_\_\_\_

Смерть  Неизвестно  Не применимо

Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР?  Нет  Да  ЛС не отменялось  Не применимо

Назначалось ли лекарство повторно?  Нет  Да Результат \_\_\_\_\_  Не применимо

**Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному желанию)**

	Наименование ЛС (торговое)	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
1							
2							
3							
4							
5							

**Данные сообщаемого лица**

Врач  Другой специалист системы здравоохранения  Пациент  Иной

**Субъект Российской Федерации (или иностранное государство)\*** \_\_\_\_\_

**Контактный телефон/e-mail:\*** \_\_\_\_\_

Ф.И.О \_\_\_\_\_

Должность и место работы \_\_\_\_\_

Дата сообщения \_\_\_\_\_

**\* поле обязательно к заполнению**

Сообщение может быть отправлено:

- e-mail: [npr@roszdravnadzor.gov.ru](mailto:npr@roszdravnadzor.gov.ru),
- он-лайн на сайте: [external.roszdravnadzor.ru](http://external.roszdravnadzor.ru)
- почтовый адрес: 109074, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, строение 1.