

**КАРТА-ПОВІДОМЛЕННЯ ДЛЯ ПОДАЧІ МЕДИЧНИМИ / ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ  
ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПОБІЧНУ РЕАКЦІЮ (ПР) І/ АБО ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ (ВЕ) ЛІКАРСЬКОГО  
ЗАСОБУ (ЛЗ) ПРИ ЙОГО МЕДИЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ**

**I. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ**

<b>1. Ініціали пацієнта</b>	<b>2. Номер історії хвороби/ амбулаторної карти</b>	<b>3. Дата народження</b>			<b>4. Стать</b>	<b>5. Наслідки ПР/ВЕ</b>	
		день	місяць	рік		<input type="checkbox"/> одужання <input type="checkbox"/> одужує <input type="checkbox"/> без змін <input type="checkbox"/> невідомо	<input type="checkbox"/> одужання з наслідками <input type="checkbox"/> смерть не від ПР та/ або ВЕ <input type="checkbox"/> смерть, можливо від ПР та/ або ВЕ <input type="checkbox"/> смерть в результаті ПР та/ або ВЕ
<b>6. Початок ПР/ВЕ (дата, час)</b>  /___/___/___/, /___/___/		<b>7. Завершення ПР (дата, час)</b>  /___/___/___/, /___/___/			<b>9. Категорія ПР/ ВЕ</b>		
<b>8. Опис ПР/ Зазначення ВЕ ЛЗ (зокрема з даними лабораторно-інструментальних досліджень, які стосуються ПР)</b>					<input type="checkbox"/> смерть пацієнта /___/___/___/ <input type="checkbox"/> загроза життю <input type="checkbox"/> госпіталізація амбулаторного пацієнта <input type="checkbox"/> збільшення терміну госпіталізації <input type="checkbox"/> тривала недієздатність, інвалідність <input type="checkbox"/> вроджені вади розвитку <input type="checkbox"/> інша важлива медична оцінка <input type="checkbox"/> нічого із зазначеного вище		

## II. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПІДОЗРЮВАНИЙ ЛЗ (ПЛЗ), ВИРОБНИКА ПЛЗ

<b>10. ПЛЗ (торговельне найменування, лікарська форма)</b>	<b>11. Виробник, країна</b>				<b>12. Номер серії</b>
<b>13. Показання до призначення (по можливості вказати код за МКХ-10)</b>	<b>14. Разова доза</b>	<b>15. Кратність приймань</b>	<b>16. Спосіб застосування</b>	<b>17. Дата початку терапії ПЛЗ</b>	<b>18. Дата завершення терапії ПЛЗ</b>
				/ ___ / ___ / ___ /	/ ___ / ___ / ___ /

## III. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУПУТНІ ЛЗ (за винятком препаратів, які застосовувалися для корекції наслідків ПР)

<b>19. Супутні ЛЗ (торговельне найменування, лікарська форма, виробник)</b>	<b>20. Показання до застосування (по можливості за МКХ-10)</b>	<b>21. Разова доза</b>	<b>22. Кратність приймань</b>	<b>23. Спосіб застосування</b>	<b>24. Дата початку терапії</b>	<b>25. Дата завершення терапії</b>
<b>26. Інша важлива інформація (діагнози, алергія, вагітність із зазначенням терміну тощо)</b>						

#### IV. ЗАСОБИ КОРЕКЦІИ ПР

<input type="checkbox"/> <b>Відміна ПЛЗ</b> Чи супроводжувадась відміна ПЛЗ зникненням ПР? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні</span>
<input type="checkbox"/> <b>Повторне призначення ПЛЗ</b> Чи спостерігалось відновлення ПР після повторного призначення ПЛЗ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні</span>
<input type="checkbox"/> <b>Змінення дозового режиму ПЛЗ</b> (зниження/ підвищення, <i>вказати, на скільки</i> ): Чи відзначалось відновлення ПР/ ВЕ після змінення дозового режиму ПЛЗ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні</span>
<input type="checkbox"/> <b>Корекцію ПР/ ВЕ не проводили</b>
<input type="checkbox"/> <b>Медикаментозна терапія ПР/ ВЕ</b> ( <i>вказати ЛЗ, дозовий режим, тривалість приймання</i> ):

#### V. ПРИЧИННО-НАСЛІДКОВИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПР ТА ПЛЗ

<input type="checkbox"/> певний	<input type="checkbox"/> вірогідний	<input type="checkbox"/> можливий	<input type="checkbox"/> сумнівний	<input type="checkbox"/> умовний	<input type="checkbox"/> не підлягає класифікації
---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	---

#### VI. ІНФОРМАЦІЯ О РЕПОРТЕРЕ (ЛИЦЕ, СООБЩИВШЕМО ПР И/ИЛИ ОЭ ЛС)

27. ПБ репортера, тел/факс, email	28. Повідомлення подає	29. Назва та місцезнаходженн я закладу охорони здоров'я	30. Тип повідомлення	31. Дата заповнення
	<input type="checkbox"/> лікар <input type="checkbox"/> провізор <input type="checkbox"/> фармацевт <input type="checkbox"/> медсестра <input type="checkbox"/> фельдшер <input type="checkbox"/> акушер		<input type="checkbox"/> первинне <input type="checkbox"/> повторне <input type="checkbox"/> заключне	