

«15» մայիս 2015թ.

No 20 - Ն

ԴԵՂԻ ԱՆՀԱՅՏ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՏԱՐԿՄԱՆ ՔԱՐՏ-
ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳՐԻ ՁԵՎԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Դեղերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 17-րդ հոդվածը, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշման 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետը և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշման հավելված 1-ով հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի «դ» ենթակետը՝

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հաստատել դեղի անհայտ կողմնակի ազդեցության դիտարկման քարտ-հայտարարագրի ձևը՝ համաձայն հավելվածի:
2. Կողմնակի անհայտ ազդեցությունների դիտարկման քարտ-հայտագիրը Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն կարող է ներկայացվել անձամբ կամ փոստով կամ էլեկտրոնային փոստի info@moh.am հասցեով:

ԱՐՄԵՆ ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ

Կողմնակի անհայտ ազդեցությունների դիտարկման քարտ-հայտագիր

Համայնք _____ Մարզ _____

Բժշկական կազմակերպության, դեղատնային գործունեություն իրականացնող, դեղերի իրացմամբ կամ կիրառմամբ զբաղվող կազմակերպության անվանումը _____

Գտնվելու և գործունեության վայրերը _____

Հեռախոս _____

1. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՀԻՎԱՆԴԻ ՄԱՍԻՆ				
1) Անուն _____ Ազգանուն _____	2) Ծննդյան թիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____	3) Սեռ <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	4) Քաշ (կգ) _____ Հասակ (սմ) _____	
2. ԴԵՂԻ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆ				
1) Կողմնակի ազդեցության (այսուհետ՝ ԿԱ) նկարագիրը _____				
2) Կողմնակի ազդեցության տևողությունն ըստ օրերի _____				
3) Հայտնաբերման ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____	4) ՀՀ առողջապահության նախարարությանը տեղեկացնելու ամսաթիվ(օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____	5) Հիվանդության այստորոշումն ծածկագիրն ըստ ՀՀ էկոնոմիկայի նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 13-ի թիվ 871-Ն հրամանի, որի համար նշանակվել է դեղը _____		
6) Կողմնակի ազդեցության ելք <input type="checkbox"/> ապաքինում առանց հետևանքների <input type="checkbox"/> բնածին արատների առաջացում <input type="checkbox"/> մահ ԿԱ-ի հետևանքով <input type="checkbox"/> աշխատունակության անկում <input type="checkbox"/> հոսպիտալացում <input type="checkbox"/> հայտնի չէ <input type="checkbox"/> կյանքի վտանգի սպառնում <input type="checkbox"/> հոսպիտալացման ժամկետի երկարացում <input type="checkbox"/> այլ _____				
3. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՍԿԱԾԵԼԻ ԴԵՂԻ(ԵՐԻ) ՄԱՍԻՆ				
1) Կասկածելի դեղ Անվանում _____ Արտադրող _____ Պիտանելիության ժամկետ _____ Սերիա _____	2) Դեղաձև	3) Դեղաչափ միանվագ օրական	4) Ընդունման ուղին	5) Նշանակելու ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____ Հանելու ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____
6) Արդյո՞ք կասկածվող դեղի ընդունման դադարից հետո նկատվե՞լ է ԿԱ-ի վերացում <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ				
7) Արդյո՞ք դիտվել է ԿԱ-ի կրկնում դեղը կրկնակի նշանակելու դեպքում <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ <input type="checkbox"/> կրկնակի նշանակում չի եղել				
8) Արդյո՞ք դիտվել է նման ԿԱ նախկինում, հիվանդի մոտ կասկածելի դեղով կամ նմանատիպ դեղով բուժվելու ընթացքում <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ				
9) Արդյո՞ք դիտվել է ԿԱ վերացում դեղաչափը փոքրացնելուց հետո՝ <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ <input type="checkbox"/> դեղաչափի փոքրացում չի եղել				
4. ԶՈՒԳԱՀԵՌ ՍՏԱՑՎԱԾ ԴԵՂԱԲՈՒԺՈՒՄԸ (բացառությամբ ԿԱ-ն շտկելու նպատակով կիրառված դեղերի)				
1) Դեղի մասին տեղեկություն Անվանում _____ Արտադրող _____	2) Դեղաձև	3) Դեղաչափ միանվագ օրական	4) Ընդունման ուղին	5) Նշանակելու ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____ Հանելու ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____
5. ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔԻ ՄԱՍԻՆ ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ				
6. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՀԱՅՏԱԳԻՐԸ ԼՐԱՑՆՈՂԻ ՄԱՍԻՆ				
Անուն _____ Ազգանուն _____	Մասնագիտություն _____	Պաշտոն _____ Ստորագրությունը _____		