



ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ

Ակադեմիկոս Էմիլ Գաբրիելյանի անվան դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն

ՀԱՂՈՐԴԱԹԵՐԹ #

ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ/ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ՍՏԱՑՎԱԾ ԴԵՂԵՐԻ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ

Ա. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՄԱՍԻՆ					
1. Անուն _____ Ազգանուն _____		2) Ծննդյան թիվ կամ տարիք (օր, ամիս, տարեթիվ) ___/___/___		3. Սեռ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	
4 Քաշ (կգ)		Հայտնաբերման ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ___/___/___		Տեղեկացնելու ամսաթիվ(օր, ամիս, տարեթիվ) ___/___/___	
Հաղորդման տեսակ՝ <input type="checkbox"/> առաջնային հաղորդում <input type="checkbox"/> շարունակական հաղորդում		Բուժում՝ <input type="checkbox"/> հիվանդանոցային <input type="checkbox"/> ամբուլատոր <input type="checkbox"/> ինքնաբուժում			
Կողմնակի ազդեցության (այսուհետ՝ ԿԱ) նկարագիր					
<input type="checkbox"/> գլխացավ	<input type="checkbox"/> սրտխառնոց	<input type="checkbox"/> ալերգիկ ռեակցիաներ	<input type="checkbox"/> հիպոգլիկեմիա		
<input type="checkbox"/> գլխապտույտ	<input type="checkbox"/> փսխում	<input type="checkbox"/> քոր	<input type="checkbox"/> հիպերգլիկեմիա		
<input type="checkbox"/> պղտոր տեսողություն	<input type="checkbox"/> ցավեր որովայնում	<input type="checkbox"/> ցան	<input type="checkbox"/> զարկերակային գերճնշում		
<input type="checkbox"/> արիթմիա	<input type="checkbox"/> փորլուծություն	<input type="checkbox"/> լյարդի ֆունկցիայի խանգարում	<input type="checkbox"/> մկանային թուլություն		
<input type="checkbox"/> երկարացած QT	<input type="checkbox"/> անհանգստություն	<input type="checkbox"/> երիկամային ֆունկցիայի խանգարում	<input type="checkbox"/> հոդացավ		
<input type="checkbox"/> ախորժակի կտրուկ անկում	<input type="checkbox"/> անքնություն	<input type="checkbox"/> արյան ցուցանիշների փոփոխություններ (կցել)	<input type="checkbox"/> լսողության անկում		
այլ՝ (նկարագրել)					
Հիվանդության ախտորոշումը, որի համար նշանակվել է դեղը			Այլ հիվանդություններ կամ իրավիճակներ <input type="checkbox"/> ծխախոտի օգտագործում <input type="checkbox"/> ալերգիա <input type="checkbox"/> ալկոհոլի կիրառում <input type="checkbox"/> օրգան/համակարգերի ֆունկցիաների թուլացում <input type="checkbox"/> ուղեկցող հիվանդություններ (նշել) _____ <input type="checkbox"/> ժառանգական գործոններ (նշել) _____ <input type="checkbox"/> այլ _____		
Հղիության առկայություն՝ <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> այո, նշել ժամկետը _____					
Բ. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՍԿԱԾԵԼԻ ԴԵՂԻ ՄԱՍԻՆ					
1 Անվանում, արտադրող, երկիր, սերիա		2 Դեղաձև		3. Դեղաչափ միանվագ/օրական	
				4. Ընդունման ուղի ___/___/___ ___/___/___	
				5. Նշանակման և հանման ամսաթիվ ___/___/___ ___/___/___	
Բուժման ռեժիմ					
Դեղի անվանում	Դեղաչափ միանվագ/օրական	Նշանակման սկիզբ	Նշանակման ավարտ	Դեղաչափի փոփոխություն՝ նշել պատճառը	Բուժման ընդհատում՝ նշել պատճառը

Արդյո՞ք կասկածվող դեղի ընդունման դադարից հետո նկատվել է ԿԱ-ի վերացում՝
 այո ոչ հայտնի չէ

Արդյո՞ք դիտվել է ԿԱ-ի կրկնում դեղը կրկնակի նշանակելու դեպքում՝
 այո ոչ հայտնի չէ կրկնակի նշանակում չի եղել

Արդյո՞ք դիտվել է նման ԿԱ նախկինում, պացիենտի մոտ կասկածելի դեղով կամ նմանատիպ դեղով բուժվելու ընթացքում՝
 այո ոչ հայտնի չէ նախկինում չի կիրառվել

Արդյո՞ք դիտվել է ԿԱ վերացում դեղաչափը փոքրացնելուց հետո՝
 այո ոչ հայտնի չէ դեղաչափի փոքրացում չի եղել

Գ. ԶՈՒԳԱՇԵՌ ՍՏԱՑՎԱԾ ԴԵՂԱԲՈՒԺՈՒՄ (բացառությամբ ԿԱ շտկման նպատակով ստացված և կորոնավիրուսային հիվանդության բուժման ռեժիմի դեղերը)

1. Անվանում, արտադրող, երկիր, սերիա	2. Դեղաձև	3. Դեղաչափ Միանվագ/օրական	4. Ընդունման ուղի	5. Նշանակման և հանման ամսաթիվ

Կողմնակի ազդեցության ելք՝ <input type="checkbox"/> Ապաքինվել է <input type="checkbox"/> Չի ապաքինվել <input type="checkbox"/> Ապաքինվել է հետևանքներով <input type="checkbox"/> Ապաքինվում է <input type="checkbox"/> Մահացել է ԿԱ-ի հետևանքով <input type="checkbox"/> Հայտնի չէ <input type="checkbox"/> Այլ _____	Կողմնակի ազդեցության վերացման նպատակով ձեռնարկված միջոցառումներ՝ <input type="checkbox"/> Ոչինչ չի ձեռնարկվել <input type="checkbox"/> Դադարեցվել է կասկածելի դեղի կիրառումը <input type="checkbox"/> Նվազեցվել է դեղաչափը <input type="checkbox"/> Դադարեցվել է զուգահեռ ստացվող դեղերի կիրառումը <input type="checkbox"/> Նշանակվել են այլ տեղեղ <input type="checkbox"/> Իրականացվել է վիրաբուժական միջամտություն <input type="checkbox"/> Այլ _____
---	--

ԴԵՂՔԻ ՄԱՍԻՆ ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Դ. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՀԱՅՏԱԳԻՐԸ ԼՐԱՑՆՈՂԻ ՄԱՍԻՆ

Անուն _____ Ազգանուն _____	Մասնագիտություն՝ _____	Բուժհաստատություն՝ _____ Հեռախոսահամար՝ _____
-------------------------------	------------------------	--

ՀՀ առողջապահության նախարարության Ակադեմիկոս Էմիլ Գաբրիելյանի անվան դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն Հասցե՝ Կոմիտաս 49/4, 0051, Երևան, Հայաստան, Հեռ.՝ (374 10) 20 05 05, Թեժ գիծ՝ (374 10) 20 05 05, (374 96) 22 05 05 , էլ. փոստ : vigilance@pharm.am

