

ՀԱՅՏԱԳԻՐ #

ԴԵՂԻ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ, ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ, ՈՐԱԿԻ ԿԱՄ ԿԵՂԾՄԱՆ ԿԱՍԿԱԾԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՄԱՍԻՆ				
1. Անուն _____ Ազգանուն _____	2) Ծննդյան թիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____	3. Սեռ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	4 Քաշ (կգ)	5. Հասակ (սմ)
Բ. Հաղորդման պատճառը				
<input type="checkbox"/> Դեղի կողմնակի ազդեցություն <input type="checkbox"/> Արդյունավետության բացակայություն <input type="checkbox"/> Որակի կամ կեղծման կասկած				
1. Հաղորդման տեսակ՝ <input type="checkbox"/> առաջնային հաղորդում <input type="checkbox"/> շարունակական հաղորդում	2. Բուժում՝ <input type="checkbox"/> հիվանդանոցային <input type="checkbox"/> ամբուլատոր <input type="checkbox"/> ինքնաբուժում	3.) Հայտնաբերման ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____	4. Տեղեկացնելու ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) ____/____/____	
5. Կողմնակի ազդեցության (այսուհետ՝ ԿԱ) նկարագիր			ԿԱ սկիզբ _____/____/____	
			ԿԱ ավարտ _____/____/____	
6. Հիվանդության ախտորոշումը և/կամ ծածկագիրն ըստ ՀՀ Էկոնոմիկայի նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 13-ի թիվ 871-Ն հրամանի, որի համար նշանակվել է դեղը			<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 ֆունկցիաների թուլացում (նշել) _____ <input type="checkbox"/> ժառանգական գործոններ (նշել) _____ <input type="checkbox"/> այլ _____	
7. Հիվանդության ամբուլատորիայի ընթացքը <input type="checkbox"/> այո, նշել ժամկետը _____				
Գ. ԿԱՍԿԱԾԵԼԻ ԴԵՂ (Հնարավորության դեպքում հայտագրին կցել նմուշը)				
Անվանում----- Արտադրող, երկիր----- Այտանհիության ժամկետ----- սերիա-----	2. Դեղաձև	3. Դեղաչափ Միանվագ/օրական	4. Ընդունման ուղի	5. Նշանակման և հանման ամսաթիվ ____/____/____ ____/____/____
6) Արդյո՞ք կասկածվող դեղի ընդունման դադարից հետո նկատվել 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, պացիենտի մոտ կասկածելի դեղով կամ նմանատիպ դեղով բուժվելու ընթացքում <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ <input type="checkbox"/> նախկինում չի կիրառվել				
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				

Դ. ԶՈՒԳԱՀԵՌՈՒ ՄՏԱՑՎԱԾ ԴԵՂԱԲՈՒԺՈՒՄ (բացառությամբ ԿԱ շտկման նպատակով ստացված դեղերը)

1. Անվանում, արտադրող	2. Դեղաձև	3. Դեղաչափ Միավազ/օրական ն	4. Ընդունման ուղի	Նշանակման և հանման ամսաթիվ
-----------------------	-----------	---	-------------------	----------------------------

<p>Կողմնակի ազդեցության ելք՝</p> <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 _____	<p>Կողմնակի ազդեցության վերացման նպատակով ձեռնարկված միջոցառումներ՝</p> <input type="checkbox"/> Բուժում չի նշանակվել <input type="checkbox"/> Դադարեցվել է կասկածելի դեղի կիրառումը <input type="checkbox"/> Իջեցվել է դեղաչափը <input type="checkbox"/> Դադարեցվել է գուգահեռ ստացվող դեղերի կիրառումը <input type="checkbox"/> Տրվել է դեղաբուժում <input type="checkbox"/> Իրականացվել է վիրաբուժական միջամտություն <input type="checkbox"/> Այլ _____
---	--

<p>Կողմնակի ազդեցության ծայրահեղ վնասակար դասակարգելու չափանիշներ՝</p> <input type="checkbox"/> Կյանքին ապառնացող վտանգ <input type="checkbox"/> Աշխատունակության անկում <input type="checkbox"/> Հոսպիտալացում կամ հոսպիտալացման ժամկետի երկարացում <input type="checkbox"/> Բնածին արատների առաջացում <input type="checkbox"/> Մահ ԿԱ-ի հետևանքով <input type="checkbox"/> Բժշկական տեսակետից այլ կարևոր իրավիճակ
--

Ե. ԴԵՂԶԻ ՄԱՍԻՆ ՄԵՎՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

2.. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՀԱՅՏԱԳԻՐԸ ԼՐԱՑՆՈՂԻ ՄԱՍԻՆ		
<p>Անուն _____ Ազգանուն _____</p>	<p>Մասնագիտություն՝</p> <input type="checkbox"/> բժիշկ <input type="checkbox"/> դեղագետ <input type="checkbox"/> այլ _____	<p>Հասցե՝ _____ Հեռախոսահամար՝ _____</p>

Ը. ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ (լրացվում է Փորձագիտական կենտրոնում)

<p>1. Կողմնակի ազդեցության և դեղի միջև կապ՝</p> <input type="checkbox"/> որոշակի է <input type="checkbox"/> հավանական է <input type="checkbox"/> հնարավոր է <input type="checkbox"/> կասկածելի է <input type="checkbox"/> կայմանական է <input type="checkbox"/> չի ենթարկվում դասակարգման	
<p>2. Կողմնակի ազդեցության տեսակ՝</p> <input type="checkbox"/> ծայրահեղ վնասակար (լուրջ) <input type="checkbox"/> ոչ լուրջ	<input type="checkbox"/> կիրառման հրահանգում նկարագրված <input type="checkbox"/> կիրառման հրահանգում չնկարագրված
<p>3. Դեղի կարգավիճակ՝</p> <input type="checkbox"/> գրանցված <input type="checkbox"/> չգրանցված <input type="checkbox"/> Բարդասիրական օգնություն <input type="checkbox"/> կլինիկական փորձարկում	

ՀՀ առողջապահության նախարարության «Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն» ՊՈԱԿ
 ք. Երևան, Կոմիտասի պող., 49/5 շենք (փոստային կոդ՝ 0051)
 Էլեկտրոնային հասցե՝ info@ampra.am ; vigilance@pharm.am
 Թեժ գիծ՝ (+374 10) 20 05 05, (+374 96) 22 05 05
 Հայտագրի էլեկտրոնային տարբերակը կարող եք բեռնել www.pharm.am կայքից