

КАРТА СООБЩЕНИЯ #

НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, ОТСУТСТВИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ, ДЕФЕКТ КАЧЕСТВА ИЛИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ФАЛЬСИФИКАЦИЮ

А. СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ				
1. Имя _____ Фамилие _____	2) Дата рождения (день, месяц, год) _/_/___	3. Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	4. Вес (кг)	5. Рост (см)
В. ПРИЧИНА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ КАРТЫ СООБЩЕНИЯ				
<input type="checkbox"/> Нежелательная реакция <input type="checkbox"/> Отсутствие эффективности <input type="checkbox"/> Дефект качества <input type="checkbox"/> Подозрение на фальсификацию				
1. Тип сообщения; <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> вторичное	2. Лечение <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> самолечение	3.) Дата обнаружения (день, месяц, год) _/_/___	4. дата сообщения (день, месяц, год) _/_/___	
5. Описание нежелательной реакции (НР)			Начало реакции _/_/___	
			Конец реакции _/_/___	
6. Диагноз/ Код согласно Приказу. 871-Н от 13 сентября 2013 г, для которому препарат был прописан		<input type="checkbox"/> курение <input type="checkbox"/> аллергия <input type="checkbox"/> употребление алкоголя <input type="checkbox"/> нарушения со стороны орган систем <input type="checkbox"/> сопутствующие заболевания или снижение функции		
7. Беременность: <input type="checkbox"/> нет, <input type="checkbox"/> да, указать период		<input type="checkbox"/> генетические факторы <input type="checkbox"/> другое		
С. ПОДОЗРЕВАЕМОЕ ЛЕКАРСТВО (Если возможно, приложите образец к этой карте сообщения)				
1. Название, производитель, страна, серия, срок годности	2. Лек. форма	3. Дозировка однократная /суточная	4. Путь введения	5. Дата назначения/отмены _/_/___ _/_/___
6) Сопровождалась ли отмена препарата исчезновением НР? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно				
7) Наблюдалась ли та же самая НР при повторном назначении подозреваемого лекарства? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно <input type="checkbox"/> повторного назначения не было				
8) Наблюдалась ли такая же НР ранее при назначении подозреваемого или подобного ему лекарства? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно <input type="checkbox"/> не лечился ранее				
9) Наблюдалась ли отмена НР при снижении дозы подозреваемого лекарства? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно <input type="checkbox"/> снижение дозы не было				
Д. СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ (исключая лекарства для коррекции ПР ЛС)				

1. 1. Название, производитель,	2. Лек. форма	3. Дозировка		4. Путь введения	5. Дата назначения/отмены ____/____/____ ____/____/____
		однократная /суточная			
Исход нежелательной реакции:			Предпринятые меры по устранению побочной реакции:		
<input type="checkbox"/> выздоровление без последствий <input type="checkbox"/> не выздоровел <input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями <input type="checkbox"/> выздоравливает <input type="checkbox"/> смерть <input type="checkbox"/> неизвестно <input type="checkbox"/> другое			<input type="checkbox"/> без лечения <input type="checkbox"/> отмена подозреваемого препарата <input type="checkbox"/> изменение дозы <input type="checkbox"/> сопутствующая терапия отменена <input type="checkbox"/> лекарственная терапия <input type="checkbox"/> хирургическое вмешательство <input type="checkbox"/> другое		
Критерии серьезности НР					
<input type="checkbox"/> Угроза жизни <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Госпитализация или ее продление <input type="checkbox"/> Врожденные аномалии <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Клинически значимое событие					
Е. КОМЕНТАРИИ					
Е. ДАННЫЕ СООБЩАЮЩЕГО ЛИЦА					
Ф.И.		Специальность		Адрес:	
		<input type="checkbox"/> врач <input type="checkbox"/> фармацевт <input type="checkbox"/> другое			
Г. Анализ (заполняется Научным центром)					
1. Связь НР с подозреваемым препаратом					
<input type="checkbox"/> определенная <input type="checkbox"/> вероятная <input type="checkbox"/> возможная <input type="checkbox"/> сомнительная <input type="checkbox"/> условная/неклассифицируемая <input type="checkbox"/> не поддающаяся оценке					
2. Тип нежелательной реакции лекарства:					
<input type="checkbox"/> серьезная <input type="checkbox"/> несерьезная <input type="checkbox"/> ожидаемая <input type="checkbox"/> неожиданная					
3. Регистрационный статус					
<input type="checkbox"/> зарегистрирован <input type="checkbox"/> незарегистрирован <input type="checkbox"/> гуманитарный <input type="checkbox"/> в стадии клинич. исследования					

Адрес г. Ереван, пр. Комитаса, дом 49/5 (почтовый индекс: 0051),
 Адрес электронной почты: info@ampra.am; vigilance@pharm.am
 Телефоны горячей линии (+374 10) 20 05 05, (+374 96) 22 05 05
 Эл форму карты-сообщения можно скачать с официального сайта: pharm.am