

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РА**

Научный центр экспертизы лекарств и медицинских технологий имени академика Э. Габриеляна

**КАРТА СООБЩЕНИЯ #  
О ПОБОЧНОМ ДЕЙСТВИИ ЛЕКАРСТВА ИЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННОМ ДЕФЕКТЕ**

<b>А. СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ</b>						
1. Ф. И.	2. Возраст или дата рождения	3. Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	4. Вес (кг)	5. Рост (см)		
<b>Б. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВА ИЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ДЕФЕКТ</b>						
1. <input type="checkbox"/> Побочное действие <input type="checkbox"/> Производственный дефект		2. Дата обнаружения (число, месяц, год)	3. Дата сообщения (число, месяц, год)			
4. Описание побочного действия или производственного дефекта						
5. Метод диагностики побочного действия						
6. Краткое описание и особенности заболевания, лабораторные показатели			<input type="checkbox"/> курение <input type="checkbox"/> аллергия <input type="checkbox"/> употребление алкоголя <input type="checkbox"/> сопутствующие заболевания _____ _____			
			<input type="checkbox"/> беременность <input type="checkbox"/> генетические факторы <input type="checkbox"/> снижение функции органов и систем <input type="checkbox"/> другое			
7. Исход побочного действия						
<input type="checkbox"/> Выздоровление без последствий <input type="checkbox"/> Выздоровление с последствиями <input type="checkbox"/> Еще не выздоровел <input type="checkbox"/> Смерть в результате ПР		<input type="checkbox"/> Угроза жизни <input type="checkbox"/> Потеря работоспособности <input type="checkbox"/> Вмешательство мед. персонала <input type="checkbox"/> Госпитализация или удлинение ее срока		<input type="checkbox"/> Развитие врожденных аномалии <input type="checkbox"/> Не известно <input type="checkbox"/> Другое		
<b>В. ПОДОЗРЕВАЕМОЕ ЛЕКАРСТВО (ЛЕКАРСТВА)</b>						
1. Название, производитель, серия, срок годности	2. Лек. форма	3. Доза		4. Путь введения	5. Показание к назначению	6. Дата назначения/отмены
		однократная /суточная				
Г. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЛЕКАРСТВА (исключая лекарства для коррекции ПР ЛС)						
1. Название, производитель, серия, срок годности	2. Лек. форма	3. Доза		4. Путь введения	5. Показание к назначению	6. Дата назначения/отмены
		однократная /суточная				
<b>Д. СВЕДЕНИЯ О СООБЩАЮЩЕМ</b>						
1. Ф. И. О., место работы, телефон		2. Специальность <input type="checkbox"/> врач <input type="checkbox"/> провизор <input type="checkbox"/> другая		3. Должность		

## Е. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Лечился ли больной подозреваемым лекарством ранее? Если да, то какие побочные действия наблюдались?

не лечился

похожие ПР

неизвестно

другие -----

2. При отмене подозреваемого лекарства наблюдалась ли исчезновения ПР?

да

нет

нзизвестно

3. Наблюдалась ли та же самая ПР при повторном назначении подозреваемого лекарства?

да

нет

нзизвестно

повторного назначения не было

4. Наблюдалась ли отмена ПР при снижении дозы подозреваемого лекарства?

да

нет

неизвестно

снижение дозы не было

## Ж. АНАЛИЗ КАРТЫ СООБЩЕНИЯ

1. Связь между ПР и подозреваемым лекарством

определенная

вероятная

возможная

сомнительная

условная

не подлежит классификации

2. Тип побочной реакции лекарства

серьезный

ожидаемый

несерьезный

неожиданный

3. Статус лекарства

зарегистрированный

не зарегистрированный

гуманитарная помощь

находится в стадии клинических исследований

**Карты можно отправить в отдел по мониторингу побочных и нежелательных реакций лекарств Научного центра экспертизы лекарств и медицинских технологий по следующему адресу:**

0051, Ереван, пр. Комитаса 49/5

Тел.: (+374 60) 83-00-73

Горячая линия: (+374 10) 20 05 05, (+374 96) 22 05 05

эл. почта: [vigilance@pharm.am](mailto:vigilance@pharm.am)

Электронную версию карты сообщения

можно найти на сайте [www.pharm.am](http://www.pharm.am)

***Вы поможете тысячам больных, если сообщите нам о подозреваемых побочных реакциях на лекарства.***