

Карта-повідомлення медичним та фармацевтичним працівникам

КАРТА-ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОБІЧНУ РЕАКЦІЮ (ПР) та/або відсутність ефективності (ВЕ) лікарського засобу (ЛЗ) при його медичному застосуванні	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма № 137/о
--	---------------------------------------

I. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

1. Ініціали пацієнта	2. Номер історії хвороби/ амбулаторної карти	3. Дата народження			4. Стать	5. Наслідок ПР/ВЕ	
		день	місяць	рік		видужання видужує без змін невідомо	видужання з наслідками смерть не від ПР смерть, можливо від ПР смерть в результаті ПР
6. Початок ПР/ВЕ (дата, час)		7. Закінчення ПР (дата, час)			9. Категорія ПР/ВЕ		
/ / / , / / /		/ / / , / / /					
8. Опис ПР/Значення ВЕ ЛЗ (включно з даними лабораторно - інструментальних досліджень, які стосуються ПР)					смерть пацієнта / ___/___/___/ <input type="checkbox"/> загроза життю <input type="checkbox"/> госпіталізація амбулаторного пацієнта <input type="checkbox"/> подовження термінів госпіталізації <input type="checkbox"/> тривала непрацездатність, інвалідність <input type="checkbox"/> вроджені вади розвитку інша важлива медична оцінка нічого з вищезазначеного		

II. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПІДОЗРЮВАНИЙ ЛЗ (ПЛЗ), ВИРОБНИКА ПЛЗ (для вакцин додатково див. зворотній бік карти)

10. ПЛЗ (торгове найменування, лікарська форма)	11. Виробник, країна				12. Номер серії
13. Показання для призначення (по можливості зазначити шифр по МКХ-10)	14. Разова доза	15. Кратність приймання	16. Спосіб уведення	17. Початок терапії ПЛЗ	18. Закінчення терапії ПЛЗ
				/ / / / /	/ / / / /

III. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУПУТНІ ЛЗ (за виключенням препаратів, які застосовувалися для корекції наслідків ПР)

19. Супутні ЛЗ (торгове найменування, лікарська форма, виробник)	20. Покази (по можливості по МКХ-10)	21. Разова доза	22. Кратність приймання	23. Спосіб уведення	24. Початок терапії	25. Закінч. терапії

26. Інша важлива інформація (діагнози, алергія, вагітність із зазначенням тривалості тощо)

IV. ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ ПР

<input type="checkbox"/> Відміна ПЛЗ	Чи супроводжувалась відміна ПЛЗ зникненням ПР?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
<input type="checkbox"/> Повторне призначення ПЛЗ	Чи відмічено поновлення ПР після повторного призначення ПЛЗ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
<input type="checkbox"/> Зміна дозового режиму ПЛЗ (зниження/підвищення, зазначити, на скільки):	Чи відмічено поновлення ПР/ВЕ після зміни дозового режиму ПЛЗ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
<input type="checkbox"/> Корекцію ПР/ВЕ не проводили		
<input type="checkbox"/> Медикаментозна терапія ПР/ВЕ (зазначити ЛЗ, дозовий режим, тривалість призначення):		

V. ПРИЧИННО-НАСЛІДКОВИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПР ТА ПЛЗ

визначений імовірний можливий сумнівний не визначений не підлягає класифікації

VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОВІДОМНИКА

27. ШІБ повідомника, тел/факс, email	28. Повідомлення надає		29. Назва та місцезнаходження закладу охорони здоров'я або заявника		
	лікар	провізор			
	фармацевт	медсестра			
	фельдшер	акушер			
	заявник				
30. Джерело повідомлення (п. 30-32 тільки для заявника) лікар пацієнт дослідження література інше	31. Номер повідомлення, присвоєний заявником	32. Дата отримання заявником	33. Тип повідомлення первинне наступне заключне	34. Дата заповнення	

Повідомлення заповнюється та надається за місцезнаходженням: ДП «Ензим», вул. Хлібозаводська, 2, м. Ладижин, Вінницька обл., 24321, Україна, тел/факс: +38 0432 329-249; Відділ Фармаконагляду, e-mail: info@enzim.biz