# ПРИЛОЖЕНИЕ

# к положению о порядке уведомления

# о случаях побочных реакций при

# применении лекарственных средств

# УВЕДОМЛЕНИЕ

# о событии, при котором выявлена побочная реакция при применении лекарственного средства

|  |
| --- |
| **Лицо, наблюдавший или обнаруживший побочную реакцию на лекарственное средство:**Ф.И.О: ; Должность: Адрес места работы: ; Телефон: **Дата, когда наблюдалась или была обнаружена побочная реакция на лекарственное средство:**  |
| **Сведения о лице, у которого наблюдалась побочная лекарственная реакция:**Ф.И.О: Номер амбулаторной карты или истории болезни: Пол: **□** Муж **□** Жен Дата рождения: “ ” года Вес тела (кг): Рост: Беременность: **□** период беременности недельНаличии аллергии: **□** нет **□** даИнформация об аллергии: Лечение было: **□** амбулаторным **□** стационарным **□** в домашних условиях |
| **Информация о лекарственном средстве, при применении которого наблюдалась или выявлялась побочная реакция:** |
| **П/н** | **Название лекарственного средства** | **Производитель** | **Серия** | **Способ применения** | **Использованная дозировка лекарственного средства** | **Дата начала лечения** | **Дата окончания лечения** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **...** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Инструкции по применению лекарственного средства:**  |
| **Краткая информация о побочной реакции:**   | **Дата начала побочной реакции:**“ ” 20 год. |
| **Подробная информация о побочной реакции (с лабораторными и инструментальными показателями):** |
| **Меры, предпринятые для предотвращения дальнейшего развития течения побочной реакций:** |
| **Состояние после мер, предпринятых для предотвращения дальнейшего развития побочных реакций:*** выздоровление без последствий для здоровья **□** смерть человека
* улучшение общего состояния **□** неизвестно
* состояние без изменений **□** выздоровление с последствиями
 |
| **Наблюдалось ли исчезновение побочных реакций при отмене препарата?*** да **□** нет **□** лекарственное средство не отменено
 |
| **Причинно-следственная связь между клинической картиной нежелательной реакции и лекарственным средством*** **точно □ возможно □ сомнительно □ невозможно классифицировать**

**Подпись, лица оформившего уведомление** **- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - *(линия отреза)*- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -****Информация о лице, получившем сообщение о нежелательной реакции:**Ф.И.О: ; Должность: Адрес места работы: ; Телефон: **Маълумот қабул қилинган сана: “ ” 20 йил. Хабарни қабул қилган шахснинг имзоси:**  |

*Примечание: настоящее Уведомление заполняется врачом лечебно-профилактического учреждения в полном объеме, а аптеки и производители лекарственных средств, продавцы и иные организации, использующие лекарственные средства, на основании имеющейся информации.*