*Приложение № 3*

 *к Приказу Министерства здравоохранения*

 *№ 358 от 12.05. 2017 г.*

**БЛАНК-СООБЩЕНИЕ О ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЯХ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА /ИЛИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

**Пациент сообщает**

 Конфиденциальность идентификационных данных, внесенных в данный формуляр будет соблюдена!!!

|  |
| --- |
| **ИНФОРМАЦИЯ О ЧЕЛОВЕКЕ, КОТОРЫЙ ПЕРЕНЕС ПОБОЧНУЮ РЕАКЦИЮ (ПР)**\* Имя и фамилия или инициалы (ИФ) или инициалы: \* Дата/месяц/год рождения/Возраст \_\_\_\_\_\_\* Пол: 🞏 М 🞏 Ж \* Вес (кг): \_\_ Рост \* \_\_\_\_\_ Город (район) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Село \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Привычки: 🞏 Курит🞏 Потребляет алкоголь: Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наличие беременности 🞏\* Аллергия (указать на что): 🞏 Да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 НетЗаболевания, которыми страдает данное лицо:  |
| \* **ОПИСАНИЕ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ (ПР)** (симптомы ПР, как она/они появились): | \* Дата и время появления ПР\_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_ \_\_ :\_\_ | \***Выберите тяжесть побочной реакции:**🞏 Легкая🞏 Неприятная, но не повлияла на физическую деятельность🞏 Тяжелая, повлияла на физическую деятельность🞏 Тяжелая, вынудила обратится к врачу🞏 Потребовала госпитализации🞏 Привела к смерти |
| Дата/время окончания ПР\_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_ \_\_ :\_\_ |
|  \* Продолжительность: |
|  **ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) подозреваемое в возникновении побочной реакции (ПР)** |
|  \* Имя подозреваемого лекарственного средства  |  |
|  Производитель/Страна/ Серия №/Дата производства(если владеете информацией) |  |
|  \* Доза/ Режим приема (напр. 1 таблетка по 100 мг 2 раза в день) |  |
|  Для чего Вы использовали лекарственное средство (болезни или патологические состояния) |  |
|  Начиная приема ЛС (дата/месяц/год) \_ / \_ / \_  | Завершение приема ЛС (дата/месяц/год) \_ / \_ / \_  | Продолжительность приема ЛС (дней) |
| \* Лекарственное средство использовалось ранее 🞏 нет 🞏 да (пожалуйста, укажите, если были ПР) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| \***ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принятые одновременно** (в то же время) нетда |
| Если Да, пожалуйста, укажите данные лекарственные средства |  |
| \***Меры, принятые для облегчения ПР:** 🞏 Был прекращен прием подозреваемого лекарственного средства* Была снижена доза подозреваемого препарата
* Был прекращено прием сопутствующих лекарственных средств
* Получал лечение симптомов ПР (чем лечился (если владеете информацией)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Без лечения
* Другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | \* Как чувствует себя соответствующее лицо на момент заполнения Бланка:🞏 Не имеет описанных симптомов 🞏 Симптомы присутствуют, но чувствует себя лучше🞏 Симптомы присутствуют, состояние не улучшилось🞏 Состояние ухудшилось 🞏 Наступила смерть |
| \* **Меры для облегчения ПР были предприняты:**🞏 Врачом🞏 медицинской сестрой🞏 фармацевтом 🞏 пациентом 🞏 другими \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \* **Лицо, заполнившее форму:*** Пациент или потребитель лекарственного средства
* Родственник пациента
* Врач
* Фармацевт
* Медицинская сестра

Другое указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Сообщил о побочной реакции:**ФИ:Адрес: \*\* Телефон: \*\*e-mail: \* Дата заполнения Бланка:  |
| **Отправьте Бланк -сообщение по адресу: Агентство по Лекарствам и Медицинским Изделиям, Отдел фармаконадзора рационального использования лекарственных средств, MD-2028, мун. Кишинев, ул. Короленко 2/1, тел. 88-43-38, факс: 88-43-38,** **e-mail:** **farmacovigilenta@amed.md** |

Поля, отмеченные \* являются обязательными. Если у вас есть возможность, просим Вас заполнить остальные поля, поскольку они, в свою очередь, также важны! \*\* Заполните, по крайней мере, одно поле контактной информации для возможности получения, при необходимости, дополнительных данных.