*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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞏 Нет  Заболевания, 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**](mailto: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.