СООБЩЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ПРИЕМЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

#### ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ ВЫ НАМ ПРЕДОСТАВЛЯЕТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ И НЕ ПОДЛЕЖИТ РАЗГЛАШЕНИЮ, КРОМЕ СЛУЧАЕВ, УСТАНОВЛЕННЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ИНИЦИАЛЫ  (первые буквы фамилии, имени, отчества пациента): |  | Заболевания печени | ❑ да ❑ нет ❑ неизвестно |
| Заболевания почек | ❑ да ❑ нет ❑ неизвестно |
| Пол: | ❑ муж ❑ жен | Беременность | ❑ да Срок\_\_\_\_\_\_\_ недель |
| Дата рождения (возраст): |  | Аллергия (указать на что): | ❑ да ❑ нет |
| Вес (кг): |  |
| Рост (см): |  |  |  |

### ПОДОЗРЕВАЕМОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО(-ВА) (ПЛС)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Торговое название | Международное непатентованное название | Форма выпуска | Номер серии | Доза, кратность, способ введения | Показания к назначению | Дата начала приема | Дата окончания приема |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА (принимаемые в течение последних 3-х месяцев)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Торговое название | Международное непатентованное название | Форма выпуска | Номер серии | Доза, кратность, способ введения | Показания к назначению | Дата начала приема | Дата окончания приема |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

### ОТСУТСТВИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ (ОЭ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Описание последствий ОЭ (в том числе данные лабораторно-инструментальных исследований) | Дата начала ОЭ | Дата окончания ОЭ |
|  |  |  |
| Сопровождалась ли замена ПЛС исчезновением последствий ОЭ? ❑ да ❑ нет ❑ не было заменено | | |
| Отмечено ли проявление последствий ОЭ после повторного назначения ПЛС? ❑ да ❑ нет ❑ ПЛС повторно не назначалось | | |
| |  |  | | --- | --- | | Предпринятые меры: | ❑ отмена сопутствующего лечения | | ❑ замена ПЛС другим (указать название): | ❑ немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) | | ❑ увеличение дозы ПЛС | ❑ другое (указать): | | ❑ назначение сопутствующего лечения |  | | | |
| Лекарственная терапия последствий ОЭ (если применялась): | | |
| |  |  | | --- | --- | | Исход: | ❑ смерть, связанная с ОЭ | | ❑ выздоровление без последствий | ❑ смерть, не связанная с ОЭ | | ❑ улучшение состояния | ❑ выздоровление с последствиями (указать): | | ❑ состояние без изменений | ❑ не известен | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Критерии серьезности: | ❑ длительная нетрудоспособность | | ❑ смерть пациента (дата \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_) | ❑ инвалидность | | ❑ угроза жизни | ❑ врожденные аномалии развития | | ❑ госпитализация или ее продление | ❑ клинически значимое событие (указать): | | | |

ИНФОРМАЦИЯ О РЕПОРТЕРЕ (лицо, которое сообщает об ОЭ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ФИО (полностью): |  | | |
| Профессия: | ❑доктор ❑ фармацевт ❑ медицинский представитель ❑ другое (указать): | | |
| Учреждение здравоохранения: |  | | |
| Адрес: |  | | |
| Телефон: |  | E-mail: |  |
| Дата получения информации об ОЭ: |  | Дата заполнения: |  |

Я даю согласие ООО «Кусум Фарм» / ООО «Гледфарм ЛТД» на обработку моих персональных данных (ПД).

Я уведомлен о:

1. владельце ПД – ООО «Кусум Фарм» / ООО «Гледфарм ЛТД»;
2. составе и содержании ПД – указаны в настоящем сообщении выше;
3. своих правах, предусмотренных ст. 8 ЗУ «О защите персональных данных»;
4. цели обработки ПД – обеспечение фармаконадзора за эффективностью лекарственных средств;
5. лицах, которым могут быть переданы ПД – ГУ «Государственный экспертный центр МОЗ Украины», компания Kusum Healthcare Pvt. Ltd., а также их правонаследники.

❑ДА ❑НЕТ

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_