



ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРИ ПРИЙОМІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

ВСЯ ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ ВИ НАМ НАДАЄТЕ, Є КОНФІДЕНЦІЙНОЮ ТА НЕ ПІДЛЯГАЄ РОЗГОЛОШЕННЮ, ОКРІМ ВИПАДКІВ, ВСТАНОВЛЕНИХ ЗАКОНОДАВСТВОМ

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

ІНЦІАЛИ (перші літери прізвища, імені, по батькові пацієнта):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Захворювання печінки	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> невідомо
Стать:	<input type="checkbox"/> чоловік <input type="checkbox"/> жінка	Захворювання нирок	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> невідомо
Дата народження (вік):		Вагітність	<input type="checkbox"/> так Термін _____ тижнів
Маса тіла (кг):		Алергія (вказати, на що):	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Зріст (см):			

ПІДОЗРЮВАНИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ(-БИ) (ПЛЗ)

Торгова назва	Міжнародна непатентована назва	Форма випуску	Номер серії	Доза, кратність, спосіб введення	Показання для призначення	Дата початку прийому	Дата закінчення прийому

ІНШІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ (які приймали протягом останніх 3-х місяців)

Торгова назва	Міжнародна непатентована назва	Форма випуску	Номер серії	Доза, кратність, спосіб введення	Показання для призначення	Дата початку прийому	Дата закінчення прийому

ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ (ВЕ)

Опис наслідків відсутності ефективності (у тому числі дані лабораторно-інструментальних досліджень)	Дата початку ВЕ	Дата закінчення ВЕ
Чи супроводжувалася заміна ПЛЗ зникненням наслідків ВЕ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ПЛЗ не відмінювався	
Чи відмічено поновлення наслідків ВЕ після повторного призначення ПЛЗ?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ПЛЗ повторно не призначався	
Вжиті заходи:	<input type="checkbox"/> немедикаментозна терапія (у т.ч. хірургічне втручання) <input type="checkbox"/> збільшення дози ПЛЗ: <input type="checkbox"/> інше (вказати): <input type="checkbox"/> призначення супутнього лікування <input type="checkbox"/> відміна супутнього лікування	
Медикаментозна терапія наслідків ВЕ (якщо застосовувалася):		
Наслідок:	<input type="checkbox"/> смерть, пов'язана з ВЕ <input type="checkbox"/> смерть, не пов'язана з ВЕ <input type="checkbox"/> видужання з наслідками (вказати): <input type="checkbox"/> стан без змін <input type="checkbox"/> невідомо	
Критерій серйозності:	<input type="checkbox"/> тривала непрацездатність <input type="checkbox"/> смерть пацієнта (дата ___/___/____) <input type="checkbox"/> інвалідність <input type="checkbox"/> загроза життю <input type="checkbox"/> вроджені вади розвитку <input type="checkbox"/> госпіталізація чи продовження її термінів <input type="checkbox"/> клінічно важлива подія (вказати):	

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕПОРТЕРА (особа, яка повідомляє про ВЕ)**

ПІБ (повністю):			
Професійна належність:	<input type="checkbox"/> лікар <input type="checkbox"/> фармацевт <input type="checkbox"/> медичний представник <input type="checkbox"/> інше (вказати):		
Заклад охорони здоров'я:			
Адреса:			
Телефон:		E-mail:	
Дата отримання інформації про ВЕ:		Дата заповнення:	

Я даю згоду ТОВ «Гледфарм ЛТД» на обробку моїх персональних даних (ПД).

Я поінформований про:

- 1) власника ПД – ТОВ «Гледфарм ЛТД»;
- 2) склад і зміст ПД – вказані у цьому повідомленні вище;
- 3) свої права, передбачені ст. 8 ЗУ «Про захист персональних даних»;
- 4) цілі обробки ПД – забезпечення фармаконагляду за ефективністю лікарських засобів;
- 5) осіб, яким можуть бути передані ПД – ДП «Державний експертний центр МОЗ України», компанії Kusum Healthcare Pvt Ltd, Індія та ТОВ «КУСУМ ФАРМ», Україна, а також їх правонаступники.

ТАК НІ

ПІДПИС _____

ПЕЧАТКА _____