**Карта-извещение о нежелательной реакции на лекарственный препарат   
производства РУП «Белмедпрепараты»**

*Важно знать, что информация, направленная Вами, является строго конфиденциальной и не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.*

Заполненную карту-извещение просим направить в адрес предприятия любым доступным способом, по электронной почте: [pharmacovigilance@belmedpreparaty.com](mailto:pharmacovigilance@belmedpreparaty.com), по адресу: Республика Беларусь, 220007, г. Минск, ул. Фабрициуса, 30.

Сообщить о нежелательном последствии фармакотерапии можно также по телефонам:

**+375 17 222 78 38 или +375 44 588 00 60**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакции:  Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): Телефон:  Должность служащего и место работы: Место нахождения организации: | | | | | | Информация о пациенте Инициалы: Номер медицинской карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол: □ М     □ Ж Возраст: \_\_\_\_\_\_\_ Вес (кг): \_\_\_\_\_\_\_\_ Нарушение функции печени: □ да □ нет □ неизвестно Нарушение функции почек: □ да □ нет □ неизвестно Аллергия в анамнезе (указать на что): | | | | | | | |
| Применение лекарственного препарата:  □ стационарное  □ амбулаторное  □ самолечение  Сообщение: □ первичное  □ дополнительная информация к извещению от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата первичного извещения) | | | | | |
| ПОДОЗРЕВАЕМЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ | | | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название |  | | | | | | | | | Торговое название | |  | |
| Производитель |  | | | | | | | | | Номер серии | |  | |
| Показание к применению (диагноз) | Путь введения | | Разовая доза | | Кратность введения | | | | | Дата начала терапии | | Дата окончания терапии | |
|  |  | |  | |  | | | | | /   / | | /   / | |
| ДРУГИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ  (указать «НЕТ», если других лекарственных препаратов пациент не принимал) | | | | | | | | | | | | | |
| Международное непатентованное название или торговое название лекарственного препарата | | Показание к при- менению (диагноз) | | Путь введения | | | Разовая доза | | Крат- ность | | Дата начала терапии | | Дата окончания терапии |
|  | |  | |  | | |  | |  | | /   / | | /   / |
|  | |  | |  | | |  | |  | | /   / | | /   / |
|  | |  | |  | | |  | |  | | /   / | | /   / |
|  | |  | |  | | |  | |  | | /   / | | /   / |
| Описание подозреваемой нежелательной реакции: | | | | | | | | | | | | | Дата начала нежелательной реакции:  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата окончания нежелательной реакции:  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Результат прекращения приема подозреваемого лекарственного препарата:  □ явное улучшение  □ нет улучшения  □ не отменялось  □ неизвестно  □ неприменимо | | | | | | | | Сопутствующие заболевания, иные состояния или факторы риска: | | | | | |
| Оценка причинно-следственной связи:  □ достоверная  □ вероятная  □ возможная  □ сомнительная  □ условная  □ не подлежащая классификации | | | | | | | | Исход:  □ выздоровление без последствий  □ улучшение состояния  □ выздоровление с последствиями (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ состояние без изменений (еще не выздоровел)  □ смерть возможно связана с нежелательной реакцией  □ смерть не связана с нежелательной реакцией  □ исход не известен | | | | | |
| Предпринятые меры:  □ без лечения  □ отмена подозреваемого препарата  □ снижение дозы подозреваемого лекарственного препарата  □ отмена сопутствующего лечения  □ применение медикаментозной терапии  □ немедикаментозная терапия (в том числе хирургическое вмешательство)  □ другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | Лекарственные препараты, применяемые для купирования нежелательной реакции (если потребовалась) | | | | | |
| Критерий отнесения к серьезным нежелательным реакциям (отметить, если это подходит):  □ смерть  □ угроза жизни  □ госпитализация или ее продление  □ врожденные аномалии  □ инвалидность/нетрудоспособность  □ необходимость медицинского вмешательства для предотвращения вышеперечисленных состояний  □ неприменимо | | | | | | | | Отмечено ли повторение нежелательной реакции после повторного назначения лекарственного препарата:  □ возобновление нежелательной реакции  □ отсутствие нежелательной реакции  □ повторно не назначалось  □ отсутствие нежелательной реакции при снижении дозы  □ неизвестно | | | | | |
| Подозреваемый лекарственный препарат применяется в:  □ медицинской практике  □ клинических испытаниях (номер протокола клинического испытания)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| Важная дополнительная информация  Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации лекарственных средств в крови (тканях), если таковые имеются и связаны с нежелательной реакцией (привести даты): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Анамнестические данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подозреваемые лекарственные взаимодействия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Для врожденных аномалий указать все другие лекарственные препараты, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Прилагаются дополнительные страницы, если это необходимо. | | | | | | | | | | | | | |

□ Даю согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, инициалы)