



ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОБІЧНУ РЕАКЦІЮ НА ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ

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

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

ІНІЦІАЛИ (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 (-БИ) (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

ПІДОЗРЮВАНА ПОБІЧНА РЕАКЦІЯ(-Ї) (ПР)

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

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

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 ПР:		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 _____