

Адреса: А/С 22, Київ 02092, Україна
Тел.: (044)4958287; (067)4340378
E-mail: <pv@kusum.ua>



Повідомлення № _____ / _____
☐ первинне ☐ остаточне
(заповнює служба фармаконагляду)

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОБІЧНУ РЕАКЦІЮ НА ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ

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

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

ІНІЦІАЛИ (перші літери прізвища, імені, по батькові пацієнта):	☐ ☐ ☐	Захворювання печінки	☐ так ☐ ні ☐ невідомо
Стать:	☐ чоловік ☐ жінка	Захворювання нирок	☐ так ☐ ні ☐ невідомо
Дата народження (вік):		Вагітність	☐ так Термін _____ тижнів
Маса тіла (кг):		Алергія (вказати на що):	☐ так ☐ 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(-І) (ПР)

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

Адреса: А/С 22, Київ 02092, Україна
Тел.: (044)4958287; (067)4340378
E-mail: <pv@kusum.ua>



Повідомлення № _____ / _____
☐ первинне ☐ остаточне
(заповнює служба фармаконагляду)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕПОРТЕРА (особа, яка повідомляє про ПР)

ПІБ (повністю):			
Професійна належність:	☐ лікар ☐ фармацевт ☐ медичний представник ☐ інше (вказати):		
Заклад охорони здоров'я:			
Адреса:			
Телефон:		Е-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», компаній ТОВ «Гледфарм ЛТД», Kusum Healthcare Pvt Ltd, Індія та ТОВ «КУСУМ ФАРМ», Україна, а також їх правонаступники.

☐ ТАК ☐ НІ

ПІДПИС _____

ПЕЧАТКА _____