

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



Повідомлення № ____/____
☐ первинне ☐ остаточне
(заповнює фахівець з фармаконагляду)

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

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

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕПОРТЕРА (особа, яка повідомляє про ВЕ)

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

☐ ТАК ☐ НІ

ПІДПИС

ПЕЧАТКА