|  |  |
| --- | --- |
| **КАРТА-СООБЩЕНИЕ О ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ (ПР) и/или отсутствии эффективности (ОЭ) лекарственного средства (ЛС) при его медицинском применении** | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма № 137/о |

І. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Инициалы пациента | 2. Номер истории болезни/амбулаторной карты | 3. Дата рождения | 4. Пол | 5. Следствие ПР/ОЭ |
| день | месяц | год |  выздоровление выздоравливает  без изменений неизвестно |  выздоровление с последствиями смерть не от ПР смерть, возможно от ПР смерть в результате ПР |
|  |  |  |  |  |  |
| **6.  Начало ПР/ОЭ** (дата, время) | **7. Окончание ПР** (дата, время) | **9. Категория ПР/ОЭ** |
| **/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/, /\_\_\_\_/\_\_\_\_/** | **/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/, /\_\_\_\_/\_\_\_\_/** |
| **8. Описание ПР/Указание ОЭ ЛС** (включая данные лабораторно – инструментальных исследований, касающихся ПР) |  смерть пациента /**\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/** угроза жизни госпитализация амбулаторного пациента удлинение срока госпитализации длилась нетрудоспособность, инвалидность врожденные пороки развития другая важная медицинская оценка ничего из вышеперечисленного |

## ІІ. ИНФОРМАЦИЯ О ПОДОЗРЕВАЕМОМ ЛС (ПЛС), ПРОИЗВОДИТЕЛЯ ПЛС (для вакцин дополнительно см. страницу №3 карты-сообщения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10. ПЛС *(торговое наименование, лекарственная форма)*** | **11. Производитель, страна** | **12. Номер серии** |
|  |  |  |
| **13. Показания для назначения** (по возможности указать шифр по МКБ-10) | **14. Разовая****доза** | **15. Кратность приема** | **16. Способ введения** | **17. Начало** **терапии ПЛС** | **18. Окончание** **терапии ПЛС** |
|  |  |  | **/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/** | **/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/** |

**ІІІ. ИНФОРМАЦИЯ О СОПУТСТВУЮЩИХ ЛС (за исключением лекарственных средств, которые применялись для коррекции последствий ПР)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **19. Сопутствующие ЛС** *(торговое наименование, лекарственная форма, производитель)* | **20. Показания** (по возможности по МКБ-10) | **21. Разовая****доза** | **22. Кратность приема** | **23. Способ введения** | **24. Начало терапии**  | **25. Оконч. терапии** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **26. Другая важная информация (диагноз, аллергия, беременность с указанием продолжительности и т.д.)**  |

**ІV. СРЕДСТВА КОРЕКЦИИ ПР**

|  |
| --- |
|  **Отмена ПЛС** |
| Сопровождалась отмена ПЛС исчезновением ПР? да нет  |
|  **Повторное назначение ПЛС**Отмечено ли возобновление ПР после повторного назначения ПЛС? да  нет  |
|  **Изменение дозового режима ПЛС** (снижение/повышение, указать на сколько*):*Отмечено ли возобновление ПР после изменения дозового режима ПЛС? да  нет  |
|  **Коррекцию ПР/ОЭ не проводили** |
|  **Медикаментозная терапия ПР/ОЭ** (указать *ЛС, дозовый режим, длительность назначения):*  |

**V. ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ клИНИЧЕСКИМИ проявЛЕНИЯми ПР И ПЛС**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **определенная** |  **вероятная** |  **возможная** |  **сомнительная** |  **условная**  |  **не подлежит классификации** |

**VІ. ИНФОРМАЦИЯ О УВЕДОМИТЕЛЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **27. ФИО уведомителя, тел/факс, e-mail** | **28. Сообщение предоставляет** | **29. Название и местонахождения учреждения охраны здоровья или заявитель** |
|  |  врач провизор  фармацевт медсестра фельдшер акушер заявитель |
|  |
| **30. Источник сообщения**(п. 30-32 только для заявителя)  врач пациент  исследования литература другое | **31. Номер сообщения, присвоенный заявителем** | **32. Дата получения****заявителем** | **33. Тип сообщения** | **34. Дата заполнения** |
|  |  |  первичное следующее заключительное |  |

**ІІа. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕВАЕМОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ВАКЦИНЫ ИЛИ АЛЕРГЕН ТУБЕРКУЛЬОЗНЫЙ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Категория иммунизации или туберкулинодиагностики** | **Категория неблагоприятного события после иммунизации или туберкулинодиагностики** |
|  массовая кампания прививки по возрасту у школе медицинский кабинет для отъезжающих в турпоездку проведение туберкулинодиагностики другое |  реакция на вакцину программная ошибка совпадение во времени реакция, вызванная инъекцией/страхом укола неизвестно |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Номер дозы (для вакцины)**  | **Место введения вакцины/ аллергена туберкульозного** | **Путь введения вакцины/ аллергена туберкульозного** |
|  первый второй третий |  четвертый пятый > пятого |  левое плече правое плече плече (без уточн.) левое бедро правое бедро |  бедро (без уточн.) левое предплечье правое предплечье предплечье (без уточн.)  |  перорально внутримышечно  внутрикожно подкожно другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Срок хранения:** | **/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/** |