|  |  |
| --- | --- |
| **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:** | **/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/** |