

Карта-повідомлення для надання пацієнтом та/або його представником, організаціями, які представляють інтереси пацієнтів, інформації про побічну реакцію та/або відсутність ефективності лікарського засобу при його медичному застосуванні

1. Інформація про пацієнта	Прізвище Ім'я По батькові Адреса Тел./факс
2. Інформація про підозрюваний лікарський засіб	Торгове найменування Лікарська форма Виробник
3. Інформація про призначення підозрюваного лікарського засобу	Підозрюваний лікарський засіб був призначений пацієнту лікарем <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні Пацієнт застосував підозрюваний лікарський засіб без призначення лікаря <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
4. Опис проявів побічної реакції або зазначення про відсутність ефективності	
5. Інформація про повідомника	Прізвище Ім'я По батькові Місцезнаходження Тел./факс
6. Інформація про лікаря та про заклад охорони здоров'я за місцем проживання пацієнта, у якого спостерігалась побічна реакція або відсутність ефективності	Прізвище Ім'я По батькові Місцезнаходження закладу охорони здоров'я Тел./факс

Правила заповнення карти-повідомлення для надання інформації пацієнтом та/або його представником, організаціями, які представляють інтереси пацієнтів, про побічну реакцію та/або відсутність ефективності лікарського засобу при його медичному застосуванні

1. Інформація про пацієнта.
Зазначаються прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, адреса та телефон.
2. Інформація про підозрюваний лікарський засіб.
Зазначаються торгове найменування, лікарська форма, виробник.
3. Інформація про призначення підозрюваного лікарського засобу.
Відмічається відповідна позиція.
4. Опис проявів побічної реакції або зазначення про відсутність ефективності. Детально описуються побічна реакція, уключаючи безпосередній прояв побічної реакції, а також короткий опис усієї клінічної інформації, яка може стосуватися виявленої побічної реакції, або надається інформація щодо відсутності ефективності.
5. Інформація про повідомника.
Зазначаються прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, місце проживання та телефон.
6. Інформація про лікаря та заклад охорони здоров'я за місцем проживання пацієнта, у якого спостерігалась побічна реакція або відсутність ефективності.
Зазначаються прізвище, ім'я та по батькові лікуючого лікаря, місцезнаходження закладу охорони здоров'я, телефон/факс.