

**ИЗВЕЩЕНИЕ  
о нежелательных реакциях, обнаруженных при применении лекарственного средства**

Лицо, наблюдавший или определивший нежелательной реакции лекарственного средства:  
 Ф.И.О. \_\_\_\_\_; Должность: \_\_\_\_\_  
 Адрес организации: \_\_\_\_\_; Телефон: \_\_\_\_\_  
 Дата наблюдения или установления нежелательной реакции лекарственного средства: \_\_\_\_\_

Сведения о лице, у которого наблюдалась нежелательная реакция лекарственного средства:  
 Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 Номер амбулаторной карты или истории болезни: \_\_\_\_\_  
 Пол:  Мужчина  Женщина Дата рождения: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ год Вес (кг): \_\_\_\_\_ Рост (см): \_\_\_\_\_  
 Беременность: \_\_\_\_\_ Срок беременности \_\_\_\_\_ недель  
 Наличие аллергии:  да  нет  
 Сведения об аллергии: \_\_\_\_\_  
 Лечение:  амбулаторное  стационарное  в домашних условиях

Сведения о лекарственном средстве при применении которого наблюдалась нежелательная реакция:

№ п/п	Наименование лекарственного средства	Производитель	Серия	Способ применения	Примененная доза лекарственного средства	Дата начала лечения	Дата окончания лечения
1							
...							

Показания по применению лекарственного средства: \_\_\_\_\_

Краткое сведение о нежелательной реакции: _____ _____	Дата начала нежелательной реакции: «___» _____ 20 год
--	--

Полные сведения о нежелательной реакции (лабораторные и инструментальные показатели): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Меры, предпринятые для предупреждения нежелательной реакции: \_\_\_\_\_

Последствия предпринятых мер по предупреждению нежелательной реакции:

<input type="checkbox"/> излечение болезни без последствий	<input type="checkbox"/> смерть человека
<input type="checkbox"/> улучшение состояния	<input type="checkbox"/> неизвестно
<input type="checkbox"/> состояние без изменений	<input type="checkbox"/> излечение с последствиями

Наблюдается ли исчезновение нежелательных реакций после отмены лекарственного средства?  
 да  нет  лекарственное средство не отменялось

Причинно-следственная связь между клиническими проявлениями нежелательной реакции и отменой лекарственного средства  
 явное  возможная  сомнительная  не подлежит классификации

Подпись лица оформившего Извещение \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (линия отреза) \_\_\_\_\_

Сведения о лице принявшим Извещение о нежелательной реакции:  
 Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_  
 Адрес организации: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
 Дата принятия сведения: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 год. Подпись лица принявшего Извещение: \_\_\_\_\_

Примечание. Настоящее извещение врачом лечебно-профилактического учреждения заполняется полностью, аптеки, организации занимающиеся реализацией, а также применяющие лекарственные средства заполняют извещение исходя из объема имеющихся у них информации

## БИЛДИРИШНОМА

### препаратни қўллашда аниқланган салбий реакциялар ҳақида

Препаратни салбий таъсирини кузатган ёки аниқлаган шахс: Ф.И.Ш. _____; Лавозими: _____ Ташкилотнинг манзили: _____; Телефон: _____ Препаратнинг салбий реакциясини кузатиш ёки ўрнатиш санаси: _____							
Препарат салбий таъсири бўлган шахс ҳақида маълумот: Ф.И.Ш. _____ Амбулатория картаси рақами ёки тиббий тарихи: _____ Жинси : <input type="checkbox"/> Эрак : <input type="checkbox"/> Аёл: Туғилган сана: « ____ » _____ йил Вазни (кг): _____ Бўйи (см): _____ Ҳомиладорлик: Ҳомиладорлик муддати _____ hafta Аллергия мавжудлиги: <input type="checkbox"/> ха <input type="checkbox"/> йўқ Аллергия ҳақида маълумот: _____ Даволаш: амбулатория стацио нар уй шароитида							
Салбий реакцияга сабаб бўлган препарат ҳақида маълумот:							
№ т/р	Доривор маҳсулотнинг номи	Ишлаб чиқарувчи	Серия	Қўллаш усули	Препаратнинг қўлланиладиган дозаси	Даволаш бошланиш санаси	Даволашнинг охириги санаси
1							
...							
Препаратни қўллаш учун кўрсатмалар: _____							
Салбий реакция ҳақида қисқача маълумот: _____						Салбий реакция бошланган сана: « ____ » _____ 20 йил	
Салбий реакция ҳақида тўлиқ маълумот (лаборатория ва инструментал кўрсаткичлар): _____							
Ножўя реакциянинг олдини олиш бўйича кўрилган чора-тадбирлар: _____							
Ножўя реакциянинг олдини олиш бўйича кўрилатган чора-тадбирлар оқибатлари: <input type="checkbox"/> касалликни зарарсиз даволаш <input type="checkbox"/> инсоннинг ўлими <input type="checkbox"/> ахволни яхшилаш <input type="checkbox"/> номаълум <input type="checkbox"/> ахвол ўзгаришсиз <input type="checkbox"/> даволашнинг зарарли оқибатлари							
Препаратни тўхтатгандан кейин салбий реакцияларнинг йўқолиши борми? <input type="checkbox"/> ха <input type="checkbox"/> йўқ <input type="checkbox"/> дори бекор қилинмади							
Ноқулай реакциянинг клиник кўринишлари ва дори-дармонларни бекор қилиш ўртасидаги боғлиқлик сабаби <input type="checkbox"/> аниқ <input type="checkbox"/> мумкин <input type="checkbox"/> со шубхали <input type="checkbox"/> таснифлашга бўйсунмайди							
Билдиришнома берган шахснинг имзоси _____ (кесиш чизиғи) _____							
Ножўя реакция хабарномасини қабул қилган шахс ҳақида маълумот: Ф.И.Ш. _____ Лавозими: _____ Ташкилотнинг манзили: _____ Телефон: _____ Маълумот қабул қилинган сана: « ____ » _____ 20 йил. Билдиришномани қабул қилган шахснинг имзоси: _____							

Еслатма. Ушбу хабарнома тиббий ва профилактика муассасасининг шифокори томонидан тўлиқ тўлдирилади. Дорихоналар, сотиш билан шуғулланувчи ташкилотлар, шунингдек, дори-дармон воситаларидан фойдаланаётганлар ўзлари учун мавжуд бўлган маълумотлар миқдори асосида хабарномани тўлдирадilar.