# Извещение о подозреваемой неблагоприятной побочной реакции (НПР) лекарственного средства (ЛС)

Приложение к Письму от 26.07.2001 No. 291-22/91

 ИЗВЕЩЕНИЕ

О ПОДОЗРЕВАЕМОЙ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ (НПР)

ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА (ЛС) 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование медицинского учреждения и имя отправителя

(почтовый адрес, тел., факс)

-----------------------------------------------------------------------------

¦I. ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНОМ ¦исход НПР (отметить 3) ¦

+----------------------------------+----------------------------------------+

¦ф.и.о. / или инициалы ¦возраст¦пол¦A - выздоров-¦C - без ¦E - смерть ¦

¦ ¦ ¦ ¦ление без ¦перемен ¦возможно ¦

¦ ¦ ¦ ¦последствий ¦ ¦связана с ЛС¦

+----------------------+-------+---+-------------+-------------+------------+

¦ ¦ ¦ ¦B - выздоров-¦D - смерть ¦F - причина ¦

¦ ¦ ¦ ¦ление с ¦в результате ¦смерти ¦

¦ ¦ ¦ ¦последствиями¦приема ЛС ¦не известна ¦

+----------------------+-------+---+-------------+-------------+------------+

¦ОПИСАНИЕ НПР (включая данные лабораторных и др. исследований) ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦ II. ИНФОРМАЦИЯ О ПОДОЗРЕВАЕМОМ ЛС ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦ПОДОЗРЕВАЕМОЕ ЛС (торговое название, международное непатентованное ¦

¦название, название ингредиентов, фирма - производитель) ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦Разовая доза ¦Суточная доза ¦Частота приема ¦Способ введения ¦

+----------------+----------------+-----------------+-----------------------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦

+----------------+----------------+-----------------+-----------------------+

¦Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НПР¦Да ¦Нет ¦Не известно ¦ ¦

¦(отметить 3) ¦ ¦ ¦ ¦

+---------------------------------------------+-------+--------+------------+

¦Отмечено ли повторение НПР после повторного ¦Да ¦Нет ¦Не известно ¦ ¦

¦назначения ЛС ¦ ¦ ¦ ¦

+---------------------------------------------+-------+--------+------------+

¦ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ПЛС ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦Даты назначения (с / до) ¦Продолжительность терапии до ¦

¦ ¦начала НПР ¦

+---------------------------------------------+-----------------------------+

¦день ¦месяц ¦год ¦день ¦месяц ¦год ¦ ¦

+------+--------+-----+-------+--------+------+-----------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

+------+--------+-----+-------+--------+------+-----------------------------+

¦ III. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЛС И АНАМНЕЗ ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦Сопутствующие ЛС и показания к их назначению (исключая ЛС для коррекции ¦

¦НПР). Названия ЛС, дозы, сроки назначения ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦Другие данные анамнеза и факторы риска (заболевания, аллергия, ¦

¦беременность, вредные привычки) ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦ IV. МЕРЫ КОРРЕКЦИИ НПР ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦Отмена ПЛС¦Снижение дозы ПЛС¦Без коррекции¦Лекарственная¦Отмена сопутствую-¦

¦ ¦ ¦ ¦терапия НПР ¦щих ЛС (какие ЛС ¦

¦ ¦ ¦ ¦(какие лекар-¦отменены) ¦

¦ ¦ ¦ ¦ства применя-¦ ¦

¦ ¦ ¦ ¦лись) ¦ ¦

+----------+-----------------+-------------+-------------+------------------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

+----------+-----------------+-------------+-------------+------------------+

¦ V. ДРУГИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ИСХОД ¦

+---------------------------------------------------------------------------+

¦ ¦

-----------------------------------------------------------------------------

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Карту-извещение следует направлять в Региональные центры изучения побочных действий лекарств и/или Научный центр экспертизы и государственного контроля лекарственных средств по адресу: 103051, Россия, г. Москва, Петровский бул., 8, тел.: 200-2791, факс: 209-68-58; 434-02-92.

Источник - Письмо Минздрава России от 26.07.2001 № 291-22/91

Сохраните в закладки наш сайт: [Порядокправа.рф](https://порядокправа.рф)

Прямая ссылка на документ: [https://порядокправа.рф/obrazecy/izveshhenie\_o\_podozrevaemoj\_neblagopriyatnoj\_pobochnoj\_reakcii\_npr\_lekarstvennogo\_sredstva\_ls.htm](https://порядокправа.рф/izveshhenie_o_podozrevaemoj_neblagopriyatnoj_pobochnoj_reakcii_npr_lekarstvennogo_sredstva_ls.htm)