|  |  |
| --- | --- |
| **Дата отримання інформації:** |  |
| * + - 1. **Інформація про пацієнта:**
 |  |
| ПрізвищеІм’яПо-батькові |  |
| Адреса  |  |
| Контактні дані |  |
| **2. Інформація про підозрюваний(-і) продукт(-и):***\*Якщо відома інформація, що пацієнт приймав кілька продуктів, то всі вони рахуються підозрюваними.* |
| Торгівельна назва | Лікарська форма | Виробник | Номер серії |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **3. Інформація про призначення підозрюваного продукту:** |
| Підозрюваний продукт був призначений пацієнту лікарем? |  так  ні |
| Пацієнт застосував підозрюваний продукт без призначення лікаря? |  так  ні |
| **4. Якщо відомо, інформація про працівника закладу охорони здоров’я, що призначив підозрюваний продукт:** |
| ПрізвищеІм’яПо батькові |  |
| Спеціальність |  |
| Інформація щодо закладу охорони здоров’я |  |
| Контактні дані |  |
| **5. Опис проявів побічної реакції та/або небажаного ефекту/дії та/або зазначення про відсутність ефективності:***\*Важливо записувати інформацію дослівно за словами пацієнта* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **6. Інформація про повідомника** |
| ПрізвищеІм’яПо батькові |  |
| Адреса |  |
| Контактні дані |  |