|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата отримання інформації:** |  | | |
| * + - 1. **Інформація про пацієнта:** |  | | |
| Прізвище  Ім’я  По-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:** | | | |
| Прізвище  Ім’я  По 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** | | | |
| Прізвище  Ім’я  По батькові |  | | |
| Адреса |  | | |
| Контактні дані |  | | |