**Заполните форму о нежелательном явлении**

\* — поля, обязательные для заполнения

Начало формы

**Контактная информация заявителя**

**Адрес**

**Телефон**

**E-mail\***

**Сообщение\***

 **Информация о пациенте**

**Фамилия**

**Имя**

**Отчество**

**Адрес**

**Телефон**

**E-mail**

**Название и номер лечебного учреждения**

**Нежелательное явление, предположительно связанное с приемом препарата:**

 **Перечислите симптомы (опишите нежелательное явление), или неэффективность препарата\***

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

**Дата начала нежелательного явления**

**Дата окончания нежелательного явления**

**Исход нежелательного явления после отмены препарата:**

**Полное выздоровление**   **Неполное выздоровление**  **Выздоровление с осложнением**   **Без улучшения** 

**Иное**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Принимался ли препарат повторно** **Да** **Нет**

Начало формы

### Информация по препарату предположительно вызвавшего нежелательное явление

**Название препарата \***

**Путь введения \***

**Суточная доза (в каплях) \***

**Дата начала приема \***

**Дата прекращения приема**  **\***

Прием препарата по показаниям :

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

**Форма выпуска (капли /спрей)**

**Номер серии\*** 

**Срок годности \*** 

**Где приобретен препарат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Конец формы

**Другие лекарственные средства принимаемые пациентов в течение 3 месяцев (включая БАДы, витамины)**

**Название препарата**

**Путь введения**

**Дата начала терапии**

**Дата прекращения терапии**

**Путь введения**

**Перечислите сопутствующие заболевания**

**Перечислите сопутствующие заболевания**

**Аллергические реакции на прием лекарств**

**Информация о назначении:**

**Лечение препаратом начато самостоятельно** **Да** **Нет**

**Лечение назначено врачом** **Да** **Нет**

**Название лечебного учреждения, ФИО врача , специальность**

 **Согласие на обработку персональных данных**

1. Конец формы