

Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства.

ВРАЧ или другое лицо, сообщаемое о НР ФИО: Иванов Иван Иванович Должность и место работы: врач - клинический фармаколог ГБУЗ НО «Больница Св. Петра и Павла» Адрес учреждения: xxxxxxxxxx Телефон: xxxxxxxxxx Дата получения информации: 01.02.2016	ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ Инициалы: П.П.П. № амбулаторной карты или истории болезни xxxxxx Пол: <input type="checkbox"/> М <input checked="" type="checkbox"/> Ж Возраст: 53 Вес (кг): 85 Беременность <input type="checkbox"/> Срок беременности _____ недель Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно Аллергия (указать на что): на цитрусовые – сыпь (в анамнезе)
Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____)	

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №1, предположительно вызвавшее НР

Международное непатентованное название (МНН)		Метамизол натрия		Торговое название	Анальгин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения
Производитель	ООО «Здоровье фармацевтическая компания»	Страна	Украина	Номер серии	0047
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР
Купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде	внутримышечный	1000 мг/1000 мг	01.02.2016	01.02.2016	1000 мг

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее НР

Международное непатентованное название (МНН)				Торговое название	
Производитель		Страна		Номер серии	
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР
			/ /	/ /	

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее НР

Международное непатентованное название (МНН)				Торговое название	
Производитель		Страна		Номер серии	
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР
			/ /	/ /	

ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)

Укажите «НЕТ», если других лекарств пациент не принимал

МНН	ТН	Путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
эналаприл	энап	пероральный	17/08/2015	По настоящее время	Гипертоническая болезнь

			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	

Описание НР: сыпь по типу крапивницы через 40 минут после введения препарата	Дата начала НР:
	01.02.2016
	Дата разрешения:
	02.02.2016

Сопровождалось ли отмена ЛС исчезновением НР? да нет ЛС не отменялось неприменимо

Отмечено ли повторение НР после повторного назначения ЛС? да нет ЛС повторно не назначалось неприменимо

Предпринятые меры:

<input type="checkbox"/> Без лечения	<input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения
<input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия
<input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)
	<input type="checkbox"/> Другое, указать _____

Лекарственная терапия НР (если понадобилась)

Супрастин 2,0 мл внутримышечно однократно

Исход:

<input type="checkbox"/> выздоровление без последствий	<input type="checkbox"/> смерть
<input type="checkbox"/> улучшение состояния	<input type="checkbox"/> не известно
<input type="checkbox"/> состояние без изменений	<input type="checkbox"/> не применимо
<input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями (указать) _____	

Критерий серьезности (отметьте, если это подходит):

<input type="checkbox"/> смерть	<input type="checkbox"/> врожденные аномалии
<input type="checkbox"/> угроза жизни	<input type="checkbox"/> инвалидность / нетрудоспособность
<input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление	<input type="checkbox"/> не применимо

Значимая дополнительная информация
Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НР (пожалуйста, приведите даты). Сопутствующие заболевания. Анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия. Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации. Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.

Пациентка страдает гипертонической болезнью с 2014 г, с августа 2015 г. получает эналаприл в дозе 10 мг. Страдает хроническим гастроудоденитом с 2008 г, в последние 2 года обострений не отмечалось. В анамнезе – о.пиелонефрит (в 2007 г). Метамизол натрия получала по поводу купирования болевого синдрома (31.01.16 г. произведена аппендэктомия). В ОАК от 31.01.16 г – лейкоциты до 15 Г/л, СОЭ до 20 мм/час, остальные показатели в пределах нормы. ОАМ от 31.01.16 г – без патологии.



Дата заполнения: «02» февраля 2016 г.

Подпись:

Примечание: Карту следует направить в Государственное автономное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной центр по контролю качества и сертификации лекарственных средств» по e-mail: info@npr52.ru и по адресу: 603141, г. Нижний Новгород, ул. Геологов, д.6. (5 этаж, 23 кабинет)