

КАРТА-ПОВІДОМЛЕННЯ

для надання пацієнтом та/або його представником інформації про побічну реакцію лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, та/або відсутність ефективності лікарського засобу, та/або несприятливу подію після імунізації/туберкулінодіагностики

1. Інформація про пацієнта	Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ Адреса _____ Тел./факс _____
2. Інформація про підозрюваний лікарський засіб, вакцину, туберкулін	Торговельна назва _____ Форма випуску _____ Виробник _____
3. Інформація про призначення підозрюваного лікарського засобу, вакцини, туберкуліну	Підозрювані лікарський засіб, вакцина, туберкулін були призначені пацієнту лікарем ☐ так ☐ ні Пацієнт застосував підозрювані лікарський засіб, вакцину, туберкулін без призначення лікаря ☐ так ☐ ні
4. Опис проявів побічної реакції лікарського засобу, вакцини, туберкуліну та/або несприятливої події після імунізації/туберкулінодіагностики та/або зазначення про відсутність ефективності лікарського засобу	
5. Інформація про особу, що надає повідомлення	Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ Адреса _____ Тел./факс _____
6. Інформація про лікаря, заклад охорони здоров'я та місце проживання пацієнта, у якого спостерігалась побічна реакція лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, та/або відсутність ефективності лікарського засобу, та/або несприятлива подія після імунізації/туберкулінодіагностики	Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ Місцезнаходження закладу охорони здоров'я _____ Тел./факс _____ Найменування закладу охорони здоров'я, де працює лікуючий лікар _____ Місце проживання пацієнта _____