

## ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПІДОЗРЮвану ПОБІЧну РЕАКЦІю ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Будь ласка, надайте всю наявну інформацію

Локальний номер:

(Заповнюється уповноваженою особою)

- Первинне                                      Дата першого отримання (день 0)  
 Повторне                                      Отримано подальше спостереження за датою (день 0)

### I ПАЦІЄНТ

Ініціали пацієнта	Вік на момент події або дата народження	Стать <input type="checkbox"/> жіноча <input type="checkbox"/> чоловіча	Зріст  Вага	Побічна реакція на лікарський засіб Дата початку Дата закінчення
-------------------	---	---	-------------------	--

### II ПОБІЧНА РЕАКЦІЯ НА ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ

Опис події (діагноз та / або симптоми, обстеження, лікування)	
Чи припинилася реакція після відміни лікарського засобу? (Результат відміни) <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо <input type="checkbox"/> Не застосовується	
Чи повторилася реакція після повторного введення підозрюваного лікарського засобу? (Повторне призначення) <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо <input type="checkbox"/> Не застосовується	
Історія хвороби / алергічні реакції <i>Click or tap here to enter text.</i> <input type="checkbox"/> Запитали, але невідомо	
Критерії серйозності (позначте все, що стосується) <input type="checkbox"/> Смерть, дата смерті <input type="checkbox"/> Загроза життю <input type="checkbox"/> Необхідність в госпіталізації або її продовженні <input type="checkbox"/> Інвалідність або втрата працездатності <input type="checkbox"/> Вроджена аномалія	Підсумок заходу <input type="checkbox"/> припинення, дата <input type="checkbox"/> одужання <input type="checkbox"/> погіршення <input type="checkbox"/> припинення з наслідками <input type="checkbox"/> смерть <input type="checkbox"/> невідомо

### III ЛІКУВАННЯ

Підозрюваний лікарський засіб Торгова назва / дозування	Лікарська форма	Спосіб застосування	Добова доза	Дата початку	Дата припинення	Показання	№ серії

Підозрюваний лікарський засіб Торгова назва / дозування	Лікарська форма	Спосіб застосування	Добова доза	Дата початку	Дата припинення	Показання	№ серії

#### IV ДЖЕРЕЛО ПОВІДОМЛЕННЯ

- лікар або стоматолог  
 провізор  
 медсестра або інший медичний працівник  
 пацієнт / споживач  
 регуляторний орган  
 література  
 інше, вкажіть

**Контактна інформація повідомника для можливості зворотного зв'язку та уточнення наданої інформації**

*Надана інформація є конфіденційною, і не може бути підставою для утисків з боку виробника або адміністрації ЛПЗ.*

**NB!** Заповнену форму-повідомлення необхідно передати регіональному медичному представнику Оріон Корпорейшн протягом 24-х годин з моменту отримання інформації про виникнення побічної реакції або відправити до Представництва Оріон Корпорейшн (наприклад, по факсу: +380 (44) 230 4722 або на електронну пошту [UA.DrugSafety@orionpharma.com](mailto:UA.DrugSafety@orionpharma.com))