

ЛИСТ-ВКЛАДЫШ
 к истории болезни/амбулаторной карте (подчеркнуть) N _____
Регистрация нежелательных лекарственных реакций (НЛР)
Название ЛПУ:

ФИО больного	Возраст	Пол	Число, месяц, год выявления НЛР	Отделение

Диагноз:

Описание нежелательной лекарственной реакции (включая результаты лабораторных и др. исследований при необходимости)

Указать Генерическое (торговое) наименование	Разовая доза	Кратность (в сутки)	Путь Введения	Длительность применения	
				С _____	По _____
Основной(ые) препарат(ы)					
Параллельно назначенные препараты					
Исход НЛР	Результат прекращения приема основного препарата	Результат повторного назначения основного препарата	Если результатом явилась смерть, указать причину	Сопутствующие заболевания и другие факторы (аллергия, беременность)	
А. выздоровление без последствий	Улучшение	Проявление НЛР			
Б. выздоровление с последствиями	Нет улучшения	Отсутствие НЛР			
В. еще не выздоровел	Не отменяли	Не назначали			
Г. смерть в результате НЛР		Отсутствие НЛР при снижении дозы			
Д. смерть возможно связана с НЛР		Неизвестно			
Е. смерть не связана с НЛР					
Ж. исход неизвестен					
Статус препарата	* широкая практика		+ клинические испытания		
Зав.отделением			Врач		