

# ВИМОГИ ДО ЗАПОВНЕННЯ ПОВІДОМЛЕННЯ

*Усі поля повідомлення обов'язкові для заповнення. У разі, якщо Вам якась інформація невідома, це необхідно вказати у відповідному полі.*

## Розділ 1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

У графах зазначаються:

- **ПІБ пацієнта** (Необхідно зазначити прізвище, ім'я та по-батькові повністю).
- **Дата народження/Вік** (Необхідно зазначити день, місяць та рік народження, вік. Для пацієнтів віком від 3 років та старше зазначаються роки (наприклад, 4 роки); для пацієнтів до 3 років – місяці (наприклад, 24 місяці); для пацієнтів віком до місяця – дні (наприклад, 5 днів)).
- **Стать: чоловік або жінка** (Необхідно обрати вірну відповідь).
- **Контактний телефон** (Необхідно зазначити контактний телефон з кодом міста).

## Розділ 2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПІДОЗРЮВАНИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ

У графах зазначаються:

- **Торгова назва лікарського засобу** (Зазначається торгова назва лікарського засобу, який підозрюється у причетності до виникнення побічної реакції або при застосуванні якого був відсутній очікуваний терапевтичний ефект).
- **Лікарська форма** (Зазначається лікарська форма лікарського засобу, який підозрюється у причетності до виникнення побічної реакції або при застосуванні якого був відсутній очікуваний терапевтичний ефект).
- **Заявник лікарського засобу, країна** (Зазначається заявник лікарського засобу, країна).
- **Підозрюваний лікарський засіб був призначений пацієнту лікарем: так або ні** (Необхідно обрати вірну відповідь).

## Розділ 3. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ТА/АБО ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

У графах зазначаються:

- **Опис проявів побічної реакції або зазначення про відсутність ефективності** (Надається детальний опис проявів побічної реакції лікарського засобу, зазначається стислий опис усієї клінічної

інформації, що може стосуватися виявленої побічної реакції або надається інформація щодо відсутності ефективності лікарського засобу).

- **Дата початку побічної реакції/час** (Зазначаються день, місяць, рік та час виникнення побічної реакції або відсутності ефективності).
- **Дата закінчення побічної реакції/час** (Зазначаються день, місяць, рік та час закінчення побічної реакції (коли на момент подання повідомлення проявів побічної реакції уже немає) або відсутності ефективності).

#### **Розділ 4. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОВІДОМНИКА**

У графах зазначаються:

- **(Для медичних працівників) – спеціальність, місце роботи** (Поле заповнюють тільки медичні працівники! Необхідно зазначити спеціальність, назву та місцезнаходження місця роботи медичного працівника).
- **ПІБ повідомника** (Необхідно зазначити прізвище, ім'я та по-батькові повністю).
- **Контактний телефон** (Необхідно зазначити контактний телефон з кодом міста).
- **Email** (Необхідно зазначити адресу електронної пошти).
- **Дата** (Необхідно зазначити дату відправлення повідомлення).

*Надсилаючи повідомлення про побічну реакцію та/або відсутність ефективності лікарського засобу, Ви підтверджуєте, що внесені дані коректні і Ви зможете їх документально підтвердити при необхідності, та надаєте згоду на обробку Ваших персональних даних.*

*Кожне повідомлення обов'язково буде оброблено нашими фахівцями. При необхідності ми зв'яжемося з Вами для отримання додаткової інформації.*

*Вся інформація, яку Ви нам надаєте, є конфіденційною і не підлягає розголошенню, крім випадків, встановлених законодавством.*