## *Форма отчета о течении и исходе беременности после приема препарата НЕСКЛЕР®*

Форма заполняется:

🞏при наступлении беременности;

🞏при рождении ребенка:

 🞏 сразу после рождения ребенка;

 🞏 через 3 месяца от рождения ребенка;

 🞏 в 1 год от рождения ребенка;

🞏указание другого исхода беременности;

🞏 прием препарата НЕСКЛЕР® в период грудного вскармливания:

 🞏 при выявлении приема препарата НЕСКЛЕР® в период грудного вскармливания;

 🞏 в 1 год от рождения ребенка

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинский или фармацевтический работник, сообщающий о нежелательной реакции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(фамилия, имя, отчество)*Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Должность и место работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес учреждения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата заполнения:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_г | **Информация о пациентке**Инициалы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер медицинской карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_г.Вес (кг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нарушение функции печени 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известноНарушение функции почек 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известноАллергия (указать на что): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Лечение: 🞏 стационарное Сообщение:  | 🞏 амбулаторное🞏 самолечение🞏 первичное🞏 повторное (дата первичного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |
| ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА |
| Международное непатентованное название  |  | Торговое название  |  |
| Производитель |  | Номер серии |  |
| Показание к применению | Путь введения | Разовая доза | Кратность введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|  |  |  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| ДРУГИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (Укажите «НЕТ», если других лекарственных препаратов пациент не принимал) |
| Международное непатентованное название или торговое название лекарственного препарата | Показание к применению | Путьвведения | Разовая доза | Крат-ность введения | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
|  |  |  |  |  | / / | / / |
| **АНАМНЕЗ:****Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Другие заболевания:**ДиабетПовышенное АДЭпилепсияПсихические заболеванияКурение | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | Наркотическая зависимостьКраснуха ТоксоплазмозВИЧВирусный гепатитДругое | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно |
| Подробно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подробно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Гинекологический анамнез:**Контрацепция:КОКВМСБарьерные методыДругоеНорм.менстр.функция | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 🞏 🞏 🞏 *указать что*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | Подробно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Анамнез беременности:**Предыдущие беременности: *(указать количество)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Роды:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Количество детей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 живые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 умершие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 пороки развития \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Зарегистрированные осложнения *(невынашивание, внутриутробная гибель, внематочная беременность и т.д.)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **Семейный анамнез** *(наследственные заболевания матери/отца, близкородственные браки и т.д.)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Течение беременности**Неблагоприятные воздействия:НикотинАлкоголь Наркотическая зависимость | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | ДругоеУказать | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Заболевания на фоне беременности**Артериальная гипертензияДиабет  | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | Инфекции ДругоеУказать | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Течение беременности**Зарегистрированные осложнения на фоне беременности 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известноЕсли ДА, то указать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Роды и информация о новорожденном**Исход беременности/роды:Был ли ребенок доношенЖив ли ребенокДата рождения Срок:\_\_\_\_\_\_\_\_нед. | 🞏 да 🞏 нет🞏 да 🞏 нет\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_г | Укажите другой исход (если применимо):🞏Невынашивание🞏Внематочная беременность🞏Порок развития | 🞏Аборт🞏Внутриутробная гибель🞏Гистопатология |
| Роды 🞏 норма 🞏 индуцир. 🞏 кесарево сечениеРодовая травма 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известноПлацента норма 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известноЛекарственные препараты 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | Подробно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Новорожденный** |
| пол1 🞏 ж 🞏 м | **Недонешенный**🞏 да 🞏 нет | **Вес (кг) Длина (см)**🞏,🞏🞏 🞏🞏 | **По шкале Апгар**1 мин🞏🞏 5мин🞏🞏 |
| 2 🞏 ж 🞏 м | 🞏,🞏🞏 🞏🞏 | 1 мин🞏🞏 5мин🞏🞏 |
| 3 🞏 ж 🞏 м | 🞏,🞏🞏 🞏🞏 | 1 мин🞏🞏 5мин🞏🞏 |
| Нуждался ли в интенсивной терапииПорок развития/неонатальная патологияНуждается ли в спец.уходе | 🞏 да 🞏 нет🞏 да 🞏 нет🞏 да 🞏 нет | Подробности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Прием матерью препарата НЕСКЛЕР® в период грудного вскармливания🞎 да🞎 нет Если ДА, то указать срок приема препарата НЕСКЛЕР®с \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_г по\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_г | дата рождения ребенка:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_г\_\_ |
| **Состояние ребенка на дату отмены препарата** *(наличие или отсутствие каких-либо заболеваний, пороков развития)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Состояние ребенка на дату 3 месяца от даты рождения** *(наличие или отсутствие каких-либо заболеваний, пороков развития)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Состояние ребенка на дату 12 месяцев от даты рождения** *(наличие или отсутствие каких-либо заболеваний, пороков развития)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Важная дополнительная информация**Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации лекарственных препаратов в крови (тканях), если таковые имеются*(пожалуйста, приведите даты):***Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо** |

\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*подпись)*

Заполненную форму необходимо выслать: safety@iihr.ru