## *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 известно  Нарушение функции почек  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  Аллергия (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 | | | Путь  введения | | | | | Разовая доза | Крат-  ность введения | | | | Дата начала терапии | | Дата окончания терапии |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | / / | | / / |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | / / | | / / |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | / / | | / / |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | / / | | / / |
| **АНАМНЕЗ:**  **Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Другие заболевания:**  Диабет  Повышенное АД  Эпилепсия  Психические заболевания  Курение | | | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | | | | | | | | | Наркотическая зависимость  Краснуха  Токсоплазмоз  ВИЧ  Вирусный гепатит  Другое | | | 🞏 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:  КОК  ВМС  Барьерные методы  Другое  Норм.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:  Никотин  Алкоголь  Наркотическая зависимость | | | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | | | | | | | | Другое  Указать | | | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Заболевания на фоне беременности**  Артериальная гипертензия  Диабет | | | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | | | | | | | | Инфекции  Другое  Указать | | | 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Течение беременности**  Зарегистрированные осложнения на фоне беременности 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  Если ДА, то указать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Роды и информация о новорожденном**  Исход беременности/роды:  Был ли ребенок доношен  Жив ли ребенок  Дата 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 сечение  Родовая травма 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  Плацента норма 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно  Лекарственные препараты 🞏 да 🞏 нет 🞏 не известно | | | | | | | | | | | Подробно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **Новорожденный** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| пол  1 🞏 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 терапии  Порок развития/неонатальная патология  Нуждается 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