**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

13.10.2015 г. № 012.1/454

**Отчет о случаях побочных действий, серьезных/непредвиденных нежелательных реакций и/или отсутствии эффективности лекарственных препаратов при их медицинском применении в учреждениях здравоохранения за \_\_\_\_\_\_\_ квартал 20 \_\_\_\_ года**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Предоставляют** | **Сроки предоставления** | **Куда**  **предоставляется** | **Форма № 69**  **УТВЕРЖДЕНО**  Приказ  Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_ |
| 1. Учреждения здравоохранения, которые находятся в сфере управления МЗ ДНР:  - учреждения здравоохранения МЗ ДНР административной территории  - ЦГБ, ЦРБ, ИАЦМС, Республиканские учреждения здравоохранения | ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом  ежеквартально до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом | ЦГБ, ЦРБ, ИАЦМС соответствующей административной территории  Республиканский Центр организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий |
| 2. Учреждения здравоохранения прочих министерств, ведомств, негосударственной формы собственности, частнопрактикующие врачи | ежеквартально до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом | Республиканский Центр организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий |
| 3. Республиканский Центр организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий | ежеквартально до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом | Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики |

|  |
| --- |
| **Наименование организации-составителя отчета** |
|  |
| **Почтовый адрес** |
|  |
| **Идентификационный код организации-составителя** |

**Таблица 1000.** **Случаи побочных действий, серьезных/непредвиденных нежелательных реакций и/или отсутствия эффективности лекарственных препаратов при их медицинском применении**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №№  п/п | Ф.И.О. | Пол (м/ж) | Воз-раст | Номер медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного | Подозреваемый лекарственный препарат (торговое название, форма выпуска, производитель, страна) | Описание проявлений ПД/С/ННР подозреваемого лекарственного препарата | Основной клинический и сопутствующий диагнозы  (с указанием шифра по МКБ-10) |
|
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Таблица 1001**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество учреждений здравоохранения, которые предоставляли карты-сообщения ПД/С/ННР/ОЭ | Количество врачей  (за исключением тех, которые не занимаются лечебно-диагностической деятельностью) | Количество карт-сообщений о случаях ПД/С/ННР/ОЭ |
|
|
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |  | Руководитель учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (цифровым способом) | М.П. | (подпись) | (фамилия, имя, отчество) |
| Исполнитель |  |  |  |
| (фамилия, имя, отчество, номер телефона) |  |  |  |

Министр здравоохранения В. В. Кучковой