**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**ПриказМинистерства здравоохранения Донецкой Народной Республикиот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_ |
| 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 кварталомежеквартально 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