*Anexa nr. 3*

 *la Ordinul Ministerului Sănătății*

 *nr. 358 din 12 mai 2017*

**FIȘA-COMUNICARE DESPRE REACȚIILE ADVERSE LA MEDICAMENTE /SAU LIPSA EFICACITĂŢII MEDICAMENTELOR ŞI ALTOR PRODUSE MEDICAMENTOASE**

**Pacientul comunică**

 Confidenţialitatea datelor de identitate menţionate în acest formular va fi respectată !!!

|  |
| --- |
| **INFORMAŢIE DESPRE PERSOANA CARE A SUFERIT REACŢIA ADVERSĂ (RA)**\* Nume şi Prenume(NP) sau iniţialele: \* Data/luna/anul naşterii /Vârsta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Sexul: 🞏 M 🞏 F \* Masa corporală(kg): \_\_\_\_\_\_ \* Înălţimea \_\_\_\_\_\_ Oraşul (Raionul) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Satul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Obiceiuri: 🞏 Fumează 🞏 Consumă alcool Altele: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prezenţa sarcinii 🞏\*Alergie (de indicat la ce): 🞏 Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 NuBoli de care suferă persoana în cauză:  |
| \* **DESCRIEREA REACŢIEI ADVERSE (RA)** (simptomele RA, cum a/au apărut): | \*Data/ora apariţiei RA:\_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_ \_\_ :\_\_ | \***Selectaţi gravitatea reacţiei adverse:**🞏 Uşoară🞏 Neplăcută, dar nu a afectat activităţile fizice🞏 Gravă, încât să afecteze activităţile fizice🞏 Gravă, încât să consultaţi un medic🞏 A necesitat spitalizare🞏 A cauzat decesul |
| Data/ora vindecării RA:\_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_ \_\_ :\_\_ |
|  \* Durata: |
|  **MEDICAMENTUL (M) suspectat de producerea reacţiei adverse (RA)** |
|  \* Denumirea medicamentului suspectat |  |
|  Producătorul/Ţara/№ seriei/ data fabricării(dacă dispuneţi de informaţie) |  |
|  \* Doza/ Regimul de administrare (ex. 1comprimat de 100mg de 2ori pe zi) |  |
|  Pentru ce aţi folosit medicamentul(maladia sau stări patologice) |  |
|  Începutul administrării M(data/luna/anul) \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_  | Sfârşitul administrării M(data/luna/anul) \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_  | Durata administrării M (zile) |
| \*Medicamentul a mai fost utilizat anterior 🞏 nu 🞏 da (specificaţi daca au fost RA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| \***ALTE MEDICAMENTE administrate concomitent** (în acelaşi timp)🞏 nu 🞏 da  |
| Dacă Da, vă rugăm să specificaţi care sunt aceste medicamente |  |
| \***Măsurile întreprinse pentru ameliorarea RA:** 🞏 A fost întreruptă administrarea medicamentului suspect* A fost redusă doza medicamentului suspect
* A fost întreruptă administrarea medicamentelor administrate concomitent
* A administrat tratament pentru simptomele RA (cu ce a fost tratat (dacă dispuneţi de informaţie))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Fără tratament
* Altele, de indicat \_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | \*Cum se simte persoana în cauză la momentul completării fişei:🞏 Nu mai are simptomele descrise🞏 Mai are simptome, dar se simte mai bine🞏 Mai are simptome, starea nu s-a îmbunătăţit🞏 Starea s-a agravat🞏 Persoana a decedat |
| \* **Măsurile pentru ameliorarea RA au fost întreprinse de:**🞏 medic 🞏 asistent medical 🞏 farmacist 🞏 pacient 🞏 alţi \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \* **Persoana care completează formularul:*** Pacientul sau consumatorul preparatului medicamentos
* Ruda pacientului
* Medic
* Farmacist
* Asistent medical

Altă specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **A comunicat reacţia adversă:**NP:Adresa : \*\*Telefon: \*\*e-mail: \*Data îndeplinirii fişei:  |
| **Expediaţi fişa-comunicare la adresa: Agenţia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, Secţia farmacovigilenţă şi utilizare raţională a medicamentelor, MD-2028, mun. Chişinău, str. Korolenko 2/1, tel. 88-43-38, fax: 88-43-38,** **e-mail:** **farmacovigilenta@amed.md** |

Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii. În măsura în care aveţi disponibilitate vă rugăm să completaţi şi celelalte câmpuri deoarece sunt importante la rândul lor! \*\* Completaţi cel puţin una dintre informaţiile de contact, în vederea obținerii, la necesitate, a unor date suplimentare.