



ՀՀ ԱՌՈՂՋԱԳԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ

Ակադեմիկոս Էմիլ Գաբրիելյանի անվան դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն

ՀԱՅՏԱԳԻՐ #

ԴԵՂԻ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ, ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ, ՈՐԱԿԻ ԿԱՄ ԿԵՂԾՄԱՆ ԿԱՍՎԱԾԻ ՄԱՍԻՆ

<b>Ա. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՄԱՍԻՆ</b>				
1. Անուն _____ Ազգանուն _____	2) Ծննդյան թիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) __/__/__	3. Սեռ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	4 Քաշ (կգ)	5. Հասակ (սմ)
<b>Բ. Հաղորդման պատճառը</b>				
<input type="checkbox"/> Դեղի կողմնակի ազդեցություն <input type="checkbox"/> Արդյունավետության բացակայություն <input type="checkbox"/> Որակի կամ կեղծման կասկած				
1. Հաղորդման տեսակ՝ <input type="checkbox"/> առաջնային հաղորդում <input type="checkbox"/> շարունակական հաղորդում	2. Բուժում՝ <input type="checkbox"/> հիվանդանոցային <input type="checkbox"/> ամբուլատոր <input type="checkbox"/> ինքնաբուժում	3.) Հայտնաբերման ամսաթիվ (օր, ամիս, տարեթիվ) __/__/__	4. Տեղեկացնելու ամսաթիվ(օր, ամիս, տարեթիվ) __/__/__	
5. Կողմնակի ազդեցության (այսուհետ՝ ԿԱ) նկարագիր			ԿԱ սկիզբ __/__/__	
			ԿԱ ավարտ __/__/__	
6. Հիվանդության ախտորոշումը և/կամ ծածկագիրն ըստ ՀՀ էկոնոմիկայի նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 13-ի թիվ 871-Ն հրամանի, որի համար նշանակվել է դեղը			<input type="checkbox"/> ծխախոտի օգտագործում <input type="checkbox"/> ալերգիա <input type="checkbox"/> ալկոհոլի կիրառում <input type="checkbox"/> օրգան/համակարգերի ֆունկցիաների թուլացում <input type="checkbox"/> ուղեկցող հիվանդություններ ֆունկցիաների թուլացում (նշել) _____ <input type="checkbox"/> ժառանգական գործոններ (նշել) _____ <input type="checkbox"/> այլ _____	
7. Հղիության առկայություն՝ <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> այո, նշել ժամկետը _____				
<b>Գ. ԿԱՍՎԱԾԵԼԻ ԴԵՂ (Հնարավորության դեպքում հայտագրին կցել նմուշը)</b>				
Անվանում----- Արտադրող, երկիր----- պիտանիության ժամկետ----- սերիա-----	2. Դեղաձև	3. Դեղաչափ Միանվագ/օրական	4. Ընդունման ուղի	5. Նշանակման և հանման ամսաթիվ __/__/__ __/__/__
6) Արդյո՞ք կասկածվող դեղի ընդունման դադարից հետո նկատվել է ԿԱ-ի վերացում՝ <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ				
7) Արդյո՞ք դիտվել է ԿԱ-ի կրկնում դեղը կրկնակի նշանակելու դեպքում՝ <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ <input type="checkbox"/> կրկնակի նշանակում չի եղել				
8) Արդյո՞ք դիտվել է նման ԿԱ նախկինում, պացիենտի մոտ կասկածելի դեղով կամ նմանատիպ դեղով բուժվելու ընթացքում՝ <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ <input type="checkbox"/> նախկինում չի կիրառվել				
9) Արդյո՞ք դիտվել է ԿԱ վերացում դեղաչափը փոքրացնելուց հետո՝ <input type="checkbox"/> այո <input type="checkbox"/> ոչ <input type="checkbox"/> հայտնի չէ <input type="checkbox"/> դեղաչափի փոքրացում չի եղել				

