**Если Вы хотите сообщить о нежелательной реакции, просим Вас ответить на следующие вопросы:**

1. Ваше имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Являетесь ли Вы медицинским работником? 🞎 Да 🞎Нет

3**\***. Ваши контактные данные для обратной связи:

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Пол: 🞎 Ж 🞎 М

5. Ваш возраст или дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Название препарата(ов), при приеме которого(ых) у Вас наблюдалась нежелательная реакция: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. По какому показанию Вы применяли препарат? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Препарат был назначен врачом? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Когда Вы начали прием препарата (дата)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. В какой дозе Вы применяли препарат? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Как долго Вы принимали препарат до момента развития нежелательной реакции?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Опишите, пожалуйста, что именно произошло, когда и какие нежелательные реакции наблюдались.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Вы принимаете любые другие лекарственные препараты (в том числе БАД и растительные)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Имеются ли у Вас сопутствующие заболевания или аллергия? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Какие меры были предприняты для устранения нежелательной реакции (прием других препаратов, анализы, процедуры)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Вы продолжаете принимать препарат? Если нет, то укажите дату, когда прекратили прием. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Какое сейчас у Вас самочувствие? Все нежелательные реакции прошли полностью или какие-то симптомы сохраняются? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Результаты анализов, заключения врачей и иная медицинская документация могут быть направлены на наш электронный адрес [drugsafety@g-richter.ru](mailto:drugsafety@g-richter.ru).

Также Вы можете позвонить нам на «горячую линию» **8-800-5555-980.**

19. Комментарии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_