

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

ПОВІДОМЛЕННЯ про серйозну побічну реакцію

Найменування закладу охорони здоров'я (в якому встановлено серйозну побічну реакцію):

Прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта: _____

Дата народження: _____

Стать: чоловіча; жіноча

Діагноз (згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду): _____

Дані про біоімплантат (назва, тип, вид, код за каталогом за наявності тощо): _____

Опис біоімплантату (характеристика, призначення тощо): _____

Опис серйозної побічної реакції: _____

Початок серйозної побічної реакції: _____

Кінець серйозної побічної реакції: _____

Попередня оцінка серйозної побічної реакції (для обрання необхідного варіанта (варіантів)
слід поставити позначку «✓» у відповідне поле):

- інфекція
- алергічна реакція
- функціональний дефект
- новоутворення
- відторгнення
- інше (вказати) _____

Лікування серйозної побічної реакції: _____

_____ (посада)

_____ (підпис)

_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
особи, що встановила серйозну побічну реакцію)

М.П.
(за наявності)

**Генеральний директор
Директорату високотехнологічної
медичної допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА