ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
_____ № _____

ПОВІДОМЛЕННЯ
про серйозну побічну реакцію

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

Прізвище, 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 чинного 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, ім'я, по батькові (за наявності) особи, що встановила серйозну побічну реакцію)

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