

IV. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУПУТНІ ЛЗ*(за винятком препаратів, що застосовувалися для корекції наслідків ПР/ВЕ)*

Супутні ЛЗ, (торговельна назва, лікарська форма, виробник, номер серії)	Показання (за можливості за МКХ-10)	Сила дії	Разова доза	Кратність приймання	Спосіб уведення	Дата початку терапії	Дата закінчення терапії

Інша важлива інформація (супутні діагнози, дані лабораторно-інструментальних досліджень, алергоанамнез, вагітність із зазначенням строку вагітності, способу зачаття, результату вагітності (якщо вагітність завершилась, зазначаються дати пологів, тип пологів тощо))

V. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОВІДОМНИКА

П.І.Б. _____

Спеціальність _____

Заклад охорони здоров'я _____

Місцезнаходження _____

E-mail _____

Тел. _____ Дата _____

**VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО МЕДИЧНОГО
/ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СПЕЦІАЛІСТА (якщо не
повідомник)**

П.І.Б. _____

Спеціальність _____

Заклад охорони здоров'я _____

Місцезнаходження _____

E-mail _____

Тел. _____ Дата _____