

Модель выявления побочных эффектов после вакцинации




пациент



Медицинская организация

При возникновении побочного действия на вакцину заполняется желтая карта (может быть заполнена пациентом и/или мед. работником)



Требуйте в мед. организациях!

приказ № 421 «Правила проведения фармаконадзора лекарственных средств»

Принятие решений

Комитет фармации МЗ РК


Контакты:
Тел.: +7 (7172) 74-37-23,
e-mail: minzdravsoc@mzsr.gov.kz
Адрес: г. Астана, ул. Орынбор 8, Дом Министерств

Сбор и анализ информации

Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (далее – НЦЭЛС)

Аккумуляирование информации


База данных




НЦЭЛС

Контакты:
тел.: 8-(727) 273-44-66 ;
факс: 8-(727) 273-63-80,
e-mail: farm@dari.kz
Адрес: 050004, г. Алматы,
пр. Абылай хана, 63


Распространение информации




Печатные издания



Интернет (социальные сети)



Международные организации



Активное выявление побочных действий лекарственных средств, в т.ч. вакцин позволит обеспечить безопасность пациентов!



Модель выявления побочных эффектов после вакцинации

Комитет фармации МЗ РК

Решения

В случае возникновения побочных действий от лекарственных средств:

- ограничение в применении лекарственного препарата (в т.ч. вакцины);
- приостановление маркетинга;
- внесение изменений в инструкцию по медицинскому применению;
- отзыв с рынка, запрещение производства, дистрибуции и применения препарата в нашей республике.

Контакты:

Комитет фармации МЗ РК

Тел.: +7 (7172) 74-37-23,
 e-mail: minzdravsoc@mzs.gov.kz
 Адрес: г. Астана, ул. Орынбор 8,
 Дом Министерств

РГП на ПХВ НЦЭЛС МЗ РК

Тел.: 8-(727) 273-44-66 ;
 факс: 8-(727) 273-63-80,
 e-mail: farm@dari.kz
 Адрес: 050004, г. Алматы,
 пр. Абылай хана, 63

РГП на ПХВ Республиканский центр
 развития здравоохранения
 ел.: 700-950 добавочный 1008
 г. Астана, ул. Орынбор 8, подъезд 18В
 www.rcrz.kz
 e-mail: 100@rcrz.kz

Желтая карта – это карта-сообщение о побочном действии, серьезном побочном действии и отсутствии эффективности лекарственного средства, в т.ч. вакцины

Приложение 1
к Инструкции по проведению мониторинга побочных действий лекарственных средств

*Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Карта - сообщение о побочном действии лекарственного средства*

Заполняется медицинским или фармацевтическим работником

Наименование организации (адрес, телефон, факс, e-mail)	Код организации по ОКПО	Код формы по ОКУД	Медицинская документация форма №

1. Информация о больном

Ф.И.О.	Место жительства	№ м/карты	Возраст	Вес	Пол
					Ж/М

2. Клинический диагноз

Основной	Сопутствующий

3. Подозреваемое лекарственное средство (ЛС)

Название (торговое, международное, непатентованное, фирма-производитель, страна)	Номер серии/партия	Показание к применению	Рыхлая доза	Суточная доза	Частота приема	Способ введения	Дата назначения	Дата отмены

4. Описание побочного действия лекарственного средства

	Дата начала побочного действия:
	Продолжительность побочного действия: