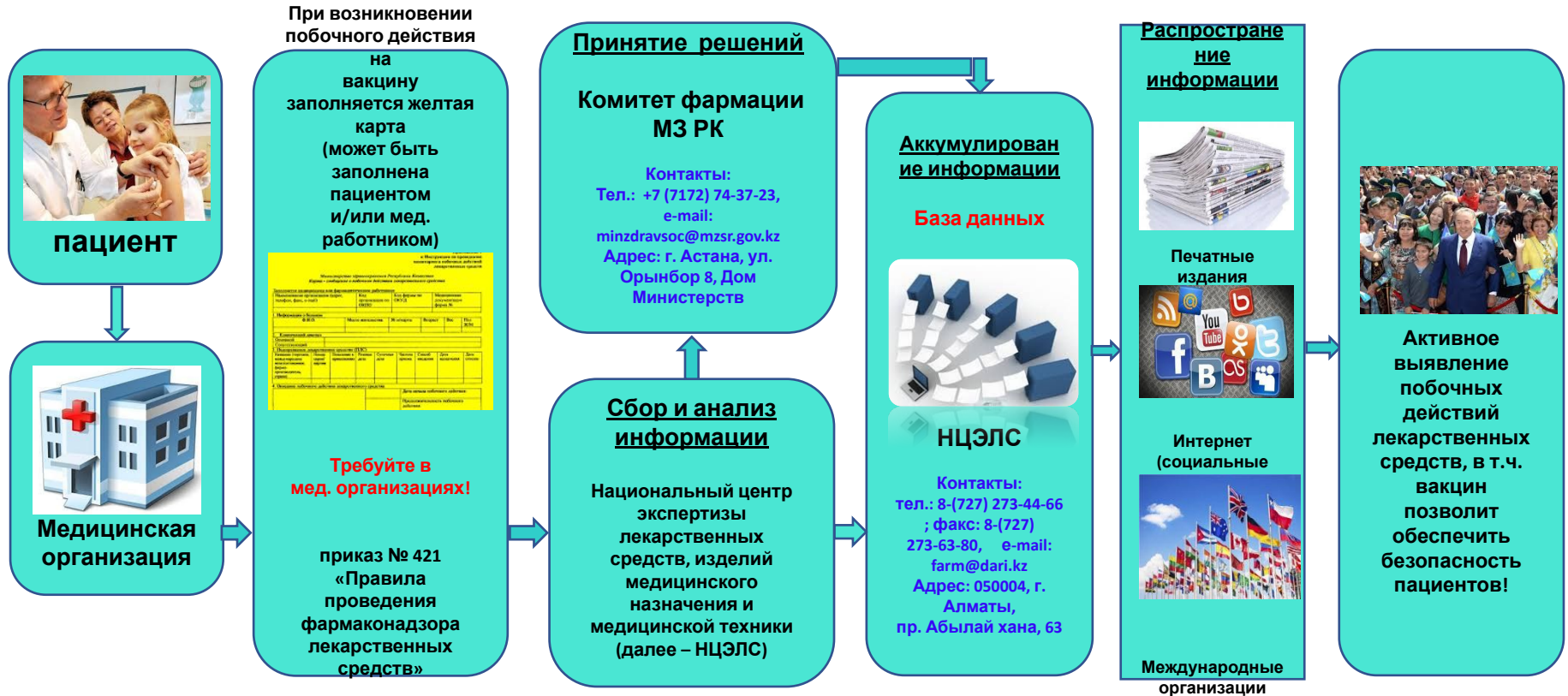


# Модель выявления побочных эффектов после вакцинации



## 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@mzsr.gov.kz  
Адрес: г. Астана, ул. Орынбор 8,  
Дом Министерств

### РГП на ПХВ НЦЭС 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



## Модель выявления побочных эффектов после вакцинации

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        | № карты              | Возраст                          |               |                |                 |                                       |             |
|   |                         |                      | Вес                              |               |                |                 |                                       |             |
|   |                         |                      | Пол                              |               |                |                 |                                       |             |
|   |                         |                      | Ж/М                              |               |                |                 |                                       |             |
| 2. Клинический диагноз                                      |                         |                      |                                  |               |                |                 |                                       |             |
| Основной  |                         |                      |                                  |               |                |                 |                                       |             |
| Сопутствующий   |                         |                      |                                  |               |                |                 |                                       |             |
| 3. Подозреваемое лекарственное средство (ЛС)                |                         |                      |                                  |               |                |                 |                                       |             |
| Название торговое наименование, фирм-производитель, страна) | Номер сертификата       | Положение в упаковке | Результат применения             | Суточная доза | Частота приема | Способ введения | Дата назначения                       | Дата отмены |
|   |                         |                      |                                  |               |                |                 |                                       |             |
| 4. Описание побочного действия лекарственного средства      |                         |                      |                                  |               |                |                 | Дата начала побочного действия:       |             |
|   |                         |                      |                                  |               |                |                 | Продолжительность побочного действия: |             |