

**Приложение 4***КАРТА ПАЦИЕНТА*

История болезни № \_\_\_\_\_

Наименование

учреждения

окончание

Дата: начало наблюдения

наблюдения

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_   
возраст

Диагноз основной

Сопутствующие заболевания:

Модель пациента: \_\_\_\_\_

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

\_\_\_\_\_   
(название учреждения)\_\_\_\_\_   
(дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирование протокола в медицинском учреждении: