ЗАСГИЙН ГАЗРЫН ХЭРЭГЖҮҮЛЭГЧ АГЕНТЛАГ

ЭМ, ЭМНЭЛГИЙН ХЭРЭГСЛИЙН ХЯНАЛТ, ЗОХИЦУУЛАЛТЫН ГАЗАР

Эрүүл мэндийн сайдын 2023 оны 02 дугаар сарын 27-ны өдрийн А/67дугаар тушаалын хоёрдугаар хавсралт

ГАЖ НӨЛӨӨГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

Гаж нөлөөний хуудас бөглөх, мэдээлэх заавар:

√ Эмийн гаж нөлөөний мэдээллийн дагуу шаардлагатай тохиолдолд зохицуулалтын арга хэмжээг түргэн шуурхай авч хэрэгжүүлэх нь урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой тул та мэдээллээ цаг алдалгүй хариуцсан мэргэжилтэнд өгнө үү.

√ Хуудсанд багтсан бүх мэдээлэл нь гаж нөлөөг мэдээллийг үнэлэхэд чухал шаардлагатай асуултууд тул үнэн зөв, бүрэн бөглөнө үү.

√ Гаж нөлөөний хуудсыг үнэлэх явцад дахин тодруулга хийх, эргэн мэдээлэл хийх шаардлагатай тул мэдээлэгч өөрийн мэдээллээ бүрэн бөглөнө үү.

√ Гаж нөлөөний тохиолдол илэрсэн эмчлүүлэгч болон мэдээлэгчийн нууцлалыг чанд хадгална.

√ ЭМИЙН ГАЖ НӨЛӨӨНИЙ ТАЛААР МЭДЭЭЛСЭН ТАНЫ МЭДЭЭЛЭЛ БҮР ҮНЭ ЦЭНЭТЭЙ.

I.ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ * *(Энэ хэсгийг заавал бөглөнө үү?)*		
Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:		
Төрсөн он, сар, өдөр*	Нас	Хүйс: * ☐ Эрэгтэй. ☐ Эмэгтэй
Биеийн жин	Өндөр	
Өвчтөний онцлог: ☐ Жирэмсэн	☐ Хөхүүл	☐ Бусад
Урьд өмнө гаж нөлөө илэрч байсан эмийн нэр:		☐ Байхгүй

II. ГАЖ НӨЛӨӨ ҮЗҮҮЛСЭН ЭМИЙН МЭДЭЭЛЭЛ* *(Энэ хэсгийг заавал бөглөнө үү?)*				
Гаж нөлөө үзүүлсэн эмийн олон улсын нэршил:				
Худалдааны нэршил:			Савлалтын тун:	Хүчинтэй хугацаа:
Эм үйлдвэрлэгчийн нэр:			Улс:	Цувралын дугаар:
Эмийн хэлбэр: ☐ шахмал	☐ капсул	☐ тарилга	☐ судсаар сэлбэх шингэн	☐ бусад:
Эм хэрэглэж эхэлсэн огноо: цаг, минут			Эм хэрэглэхийг зогсоосон огноо: цаг, минут	
Эм хэрэглэсэн заалт /оношь/:				
Нэг удаа хэрэглэсэн тун:			Хоногт хэрэглэсэн тун:	

III. ГАЖ НӨЛӨӨНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ: * *(Энэ хэсгийг заавал бөглөнө үү?)*
Гаж нөлөө эхэлсэн онгоо: цаг, минут
Илэрсэн гаж нөлөөний шинж тэмдгийг дэлгэрэнгүй бичнэ үү! *(Энэ хэсгийг заавал бөглөнө үү? Хэрэв батлах шинжилгээний үзүүлэлт байвал бичнэ үү)*

Гаж нөлөө илэрсэн үед авсан арга хэмжээ: * *(Энэ хэсгийг заавал бөглөнө үү?)*			
☐ Эмийг хэрэглээг зогсоосон	☐ Эмийн тунг багасгасан	☐ Эмийг сольсон	☐ Хийсэн эмчилгээ (нэр, тунг бичнэ үү!)
Гаж нөлөө илэрсэн эмийн хэрэглээг зогсооход гарсан өөрчлөлт: * *(Энэ хэсгийг заавал бөглөнө үү?)*			
☐ Шинж тэмдэг арилсан	☐ Шинж тэмдэг үргэлжилж байгаа	☐ Шинж тэмдэг даамжирсан	
Гаж нөлөөний төгсгөл: * *(Энэ хэсгийг заавал бөглөнө үү?)*			
☐ Эдгэрсэн	☐ Үргэлжилж буй	☐ Эмчилгээний хугацааг сунгасан	
☐ Эрчимт эмчилгээ хийсэн	☐ Хөгжлийн бэрхшээл үүссэн	☐ Нас барсан	

IY. Хамт хэрэглэсэн эмийн мэдээлэл

№	Худалдааны нэр	Олон улсын нэр	Хэлбэр	Савлалтын тун	Нэг удаагийн тун	Хэрэглэсэн хугацаа
1						
2						
3						
4						

Мэдээлсэн хүний нэр: * Утас: * И-мэйл хаяг: *

Эмнэлэг, тасаг: * Мэргэжил: Мэдээлсэн огноо: *

МЭДЭЭЛЭЛ ИЛГЭЭХ ХАЯГ:

ЭМ, ЭМНЭЛГИЙН ХЭРЭГСЛИЙН ХЯНАЛТ ЗОХИЦУУЛАЛТЫН ГАЗАР

Шуудангийн хаяг: UBH center, Энхтайвны өргөн чөлөө, Сүхбаатар дүүрэг, 14210 Улаанбаатар хот.

Утас: 51-260211

Мэйл хаяг: gajnoloo@mmra.gov.mn

Цахим хуудас: www.mmra.gov.mn