 **Автоматизована  
інформаційна система з  
фармаконагляду (АІСФ)**



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**SIAPS**   
Systems for Improved Access  
to Pharmaceuticals and Services

## Система АІСФ

- ❖ Автоматизована інформаційна система з фармаконагляду (АІСФ) - це веб-система для підтримки процесу нагляду за побічними реакціями або відсутністю ефективності лікарських засобів в Україні



Умовне найменування:  
АІСФ, PAIS

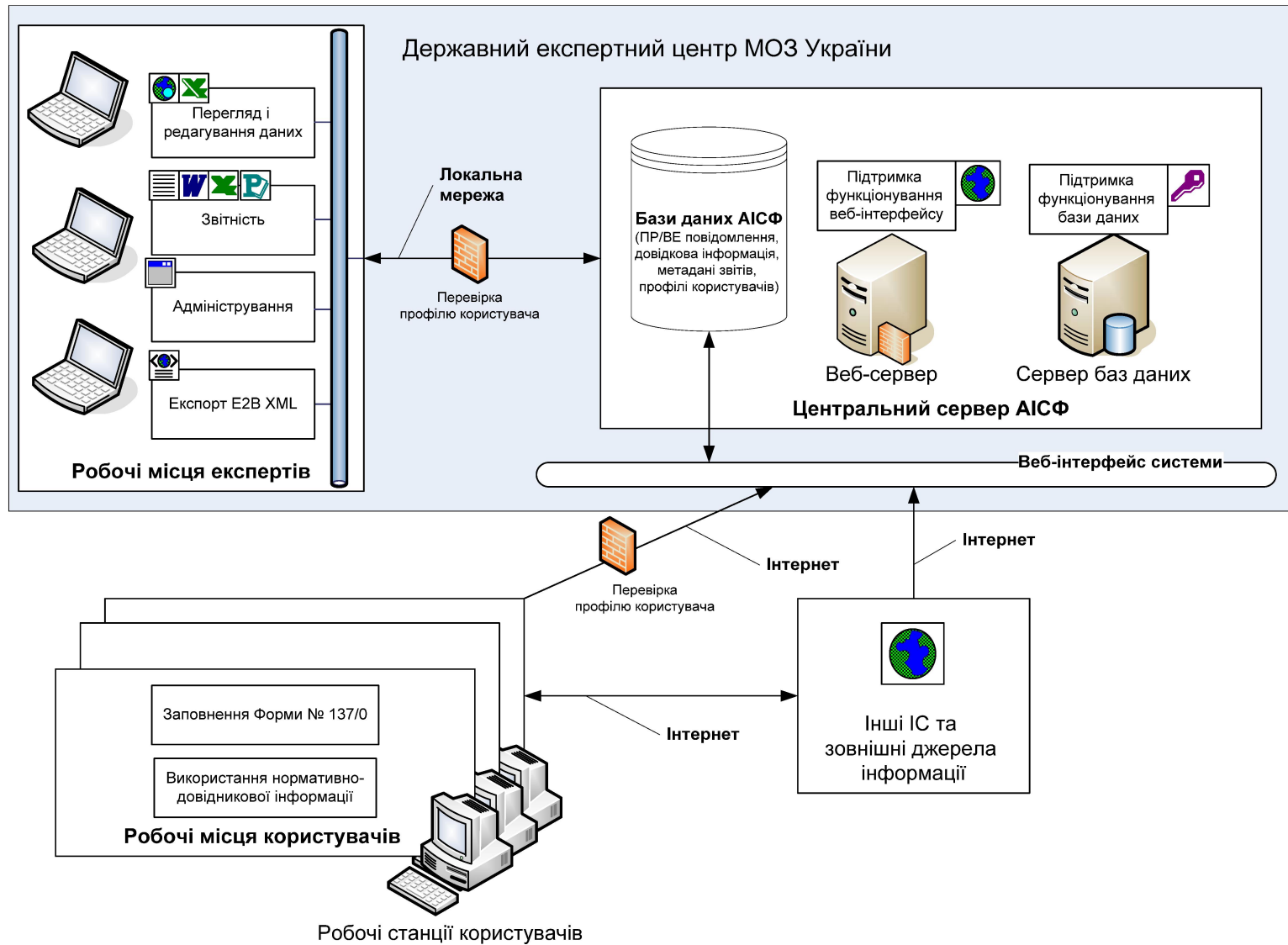
## Автоматизована інформаційна система з фармаконагляду (АІСФ)



Система АІСФ призначена для створення електронної бази даних, збору та аналізу формалізованих відомостей про побічні реакції і відсутність ефективності лікарських препаратів, дозволених для використання на Україні.



# АРХІТЕКТУРА СИСТЕМИ



## Система АІСФ

АІСФ складається з таких підсистем:






## Сторінка авторизації



Автоматизована інформаційна система з фармаконагляду (АІСФ) - це веб-сайт для підтримки процесу нагляду за побічними реакціями або відсутністю ефективності лікарських засобів в Україні.

Повідомлення про побічні реакції (ПР) та/або відсутність ефективності (ВЕ) лікарського засобу (ЛЗ), вакцини, туберкуліну та несприятливу подію після імунізації (НППІ).

Якщо ви маєте намір повідомити про випадок побічної реакції, натисніть відповідне посилання:

 <p>Повідомлення від медичного працівника</p>	 <p>Повідомлення від заявника</p>	 <p>Повідомлення від пацієнта</p>	<p>Вхід в систему</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="button" value="Вхід"/>
--	--	--	---



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**SIAPS**  
Systems for Improved Access  
to Pharmaceuticals and Services

# Структура карти повідомлення

## Карта-повідомлення про побічну реакцію (ПР)

### I. Інформація про повідомлення

#### Інформація про повідомлення

Дата заповнення карти лікарем *	Дата вперше отриманої інформації про випадок *	Дата отримання найостаннішої інф-ї
23.05.2017		
Дата отримання повідомлення ДЕЦ		
23.05.2017		
Країна випадку	Країна заповнення:	
Україна	Україна	
Вид випадку *	Вид випадку (інше)	
Побічна реакція		
Повідомлення про випадок серйозної ПР?		
<input type="radio"/> Так <input checked="" type="radio"/> Ні		
<input type="checkbox"/> Медично підтвержений	Вид повідомлення	Джерело повідомлення
	спонтанне	

### II. Інформація про пацієнта

### III. Дані досліджень

### IV. Інша медично важлива інформація

### V. Побічні реакції/ВЕ

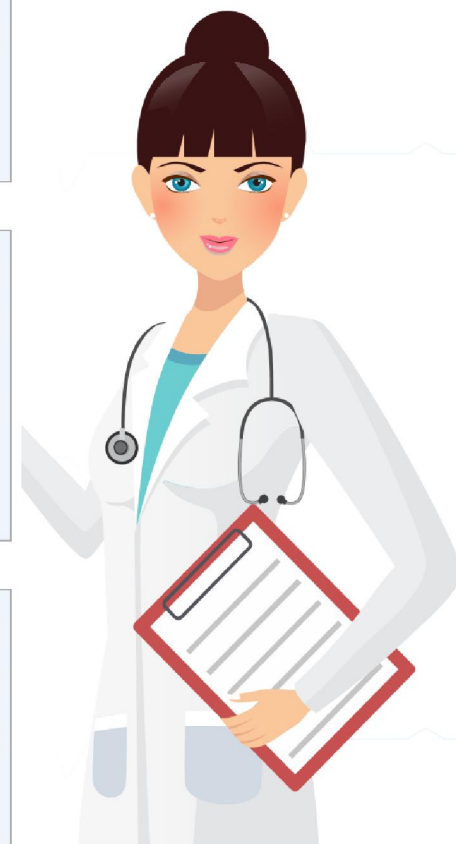
### VI. Лікарські засоби

#### Інформація про джерело повідомлення

Прізвище	Ім'я	По батькові
Організація *		Відділ/відділення
Вулиця, № будинку	Місто/селище	Область
Поштовий індекс	Телефон	Факс
Країна	Кваліфікація джерела повідомлення *	
Україна		

#### Дані відправника

Прізвище	Ім'я	По батькові
Організація *		Відділ/відділення
Вулиця, № будинку	Місто/селище	Область
Поштовий індекс	Телефон	Факс
Країна	Тип відправника *	Відправник *
Україна		



# 1-а сторінка карти повідомлення

## I. Інформація про повідомлення

## Інформація про повідомлення




## II. Інформація про пацієнта



## III. Дані досліджень


## IV. Інша медично важлива інформація


## V. Побічні реакції/ВЕ

## VI. Лікарські засоби

Дата заповнення карти лікарем \* 23.05.2017  Дата вперше отриманої інформації про випадок \*   Дата отримання найостаннішої інф-ї    
Дата отримання повідомлення ДЕЦ 23.05.2017

Країна випадку   Країна заповнення:  

Вид випадку \*   Вид випадку (інше)


Повідомлення про випадок серйозної ПР?  
 Так  Ні 

Причина серйозності випадку ПР

<input type="checkbox"/> загроза життю	<input type="checkbox"/> госпіталізація амбулаторного пацієнта	<input type="checkbox"/> тривала непрацездатність	<input type="checkbox"/> інший медично важливий стан здоров'я
<input type="checkbox"/> смерть пацієнта	<input type="checkbox"/> продовження термінів госпіталізації	<input type="checkbox"/> інвалідність	<input type="checkbox"/> вроджені вади розвитку

Виберіть причину серйозності випадку ПР

Медично підтверджений

Вид повідомлення   Джерело повідомлення

## Інформація про джерело повідомлення

Прізвище  Ім'я  По батькові

Організація \* 

  
Солоницівська поліклініка Харківська обл.  
Хорошівська міська поліклініка Харківська обл.  
  
Бабаївська міська поліклініка Харківська обл.

Відділ/відділення

Область   
E-mail



## 1-а сторінка карти повідомлення

Інформація про джерело повідомлення ⓘ

Прізвище Іванов	Ім'я Іван	По батькові
Організація * ⓘ Покотилівська міська поліклініка	Місто/селище Покотилівка	Відділ/відділення
Вулиця, № будинку Квітнева 23	Телефон +38 (067) 11111111	Область Харківська обл.
Поштовий індекс 02345	Факс	E-mail pokot@gmail.com
Країна Україна	Кваліфікація джерела повідомлення * лікар	

Дані відправника ⓘ

Прізвище Іванов	Ім'я Іван
Організація * ⓘ Покотилівська міська поліклініка	Місто/селище Покотилівка
Вулиця, № будинку Квітнева 23	Телефон +38 (067) 11111111
Поштовий індекс 02345	Факс
Країна Україна	Тип повідомлення

Чи наявні додаткові документи?  
 Так  Ні

Дата документа	Назва документа	Посилання на файл

### Додання документа

Дата документа:  
01.05.2017

Назва документа: \*  
Виписка з історії хвороби

Опис документа:

Тип документа: \*  
Документ до повідомлення щодо ПР

Файл:  
Виписка з історії хвороби 123.docx

Посилання на файл:

Скасувати Зберегти

## 2-а сторінка карти повідомлення

I. Інформація про повідомлення	<b>Інформація про пацієнта</b>														
	Дата народження*		Інформація у випадку смерті пацієнта												
	День 01	Міс. 01	Рік 1980	Дата смерті	День 01	Міс. 01	Рік 2017								
	Вікова група*		Вік*	Причина смерті (код по МКХ-10)											
	№ історії хвороби		Ініціали пацієнта*	Чи була проведена аутопсія?											
	Стать		№ амбулаторної карти	Коментар											
II. Інформація про пацієнта	Чол. <input type="radio"/> Жін. <input type="radio"/> Невідомо <input checked="" type="radio"/>		Вага, кг	Термін вагітності											
III. Дані досліджень	<b>Додаткова інформація для вакцин</b>														
IV. Інша медично важлива інформація	Повне ім'я пацієнта														
V. Побічні реакції/ВЕ	У випадку госпіталізації		У випадку смерті												
VI. Лікарські засоби	Попередній діагноз		Попередній діагноз												
	Заключний діагноз		Заключний діагноз												
	Чи наявні додаткові документи?														
	<input checked="" type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні														
	<table border="1"><thead><tr><th>Дата документа</th><th>Назва документа</th><th>Опис документа</th><th>Тип документа</th><th>Посилання на файл</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="5">Коментар</td></tr></tbody></table>					Дата документа	Назва документа	Опис документа	Тип документа	Посилання на файл	Коментар				
Дата документа	Назва документа	Опис документа	Тип документа	Посилання на файл											
Коментар															
	<a href="#">&lt; Повернутися назад</a> • <a href="#">Продовжити далі &gt;</a>														
	<a href="#">Закрити</a>		<a href="#">Зберегти</a>												

## 3-а сторінка карти повідомлення



I. Інформація про повідомлення

II. Інформація про пацієнта

III. Дані досліджень

IV. Інша медично важлива інформація

V. Побічні реакції/BE

VI. Лікарські засоби

**Дані лабораторно-інструментальних досліджень, що стосується ПР**

**Результати лабораторно-інструментальних досліджень**

Загальний білок, Час згортання крові.

Результати можуть бути описані і/або у структурованому вигляді. Для заповнення структурованої інформації натисніть кнопку "Додати нове дослідження"

	Дослідження	Дослідження (довільний текст)	Межа норми		Одиниці вимірювання	Одиниці виміру (довільний текст)	Дата	Результат	
			Нижня	Верхня					
	Загальний білок	Загальний білок	25	563	нмоль/л	нмоль/л	07.04.2017	256	
	Час згортання крові	Час згортання крові	25	63	г/добу	г/добу	19.04.2017	56	

**Чи наявні додаткові документи?**

Так  Ні

Примітка

[< Повернутися назад](#) • [Продовжити далі >](#)

Закрити
Зберегти

## 3-а сторінка карти повідомлення



**I. Інформація про повідомлення**

**II. Інформація про пацієнта**

**III. Дані досліджень**

**IV. Інша медично важлива інформація**

**V. Побічні реакції/ВЕ**

**VI. Лікарські засоби**

**Дані лабораторно-інструментальних досліджень, що стосується ПР**

Результати лабораторно-інструментальних досліджень

Загальний білок, Час згортання крові.

Дослідження	Дослідження	Дата	Результат
Загальний білок	Загальний білок	07.04.2017	256
Час згортання крові	Час згортання крові	19.04.2017	56

Чи наявні додаткові документи?  
 Так  Ні

Примітка

[< Повернутися назад](#) • [Продовжити](#)

**Додати інформацію про дослідження**

Вид дослідження  
Біохімічний аналіз крові

Назва дослідження  
Загальний холестерин

Назва дослідження (довільний текст)\*  
Загальний холестерин

Нижня межа норми  
Верхня межа норми

Одиниці вимірювання  
(довільний текст)

Результати (дата)  
День 01 Міс. 01 Рік \* 2017

Результат\*

[Скасувати](#) [Зберегти](#)

© 2014-2015, АІСФ

## 4-а сторінка карти повідомлення

I. Інформація про повідомлення

II. Інформація про пацієнта

III. Дані досліджень

IV. Інша медично важлива інформація

V. Побічні реакції/ВЕ

VI. Лікарські засоби

### Інша медично важлива інформація ●

**Важлива медична інформація (діагноз, супутні захворювання, алергія, вагітність)**

Серопозитивный ревматоидный артрит i

Інформація може бути описана у довільному форматі і/або у структурованому вигляді.

Захворювання	Дата початку	Триває	Коментар
M05 Серопозитивный ревматоидный артрит	11.04.2017	Так	л.ю.єжж. <span style="float: right;">✖</span>

ЛЗ	Дата терапії	
	Початок	Закінчення
ДИКЛОБЕРЛ® РЕТАРД, капсули тверді пролонгованої дії по 100 мг № 10 (10x1), № 20 (10x2), № 50 (10x5)		13.04.2017 <span style="float: right;">✖</span>

**Додаткова інформація для вакцин**

**Епідеміологічне оточення** **Порушення календаря**    **Медичний огляд**

Так     Ні     Невідомо   
  Так     Ні     Невідомо

**Щеплювальний анамнез**

**Чи наявні додаткові документи?**

Так     Ні

Примітка

< Повернутися назад    ●    Продовжити далі >

Закрити

Зберегти

i

## 4-а сторінка карти повідомлення

I. Інформація про повідомлення

II. Інформація про пацієнта

III. Дані досліджень

IV. Інша медично важлива інформація

V. Побічні реакції/ВЕ

VI. Лікарські засоби

### Інша медично важлива інформація

Важлива медична інформація (діагноз, супутні захворювання, алергія, вагітність)

#### Додати захворювання

Захворювання

Дата початку  
День 01 Міс. 01 Рік 2017

Триває  
 Так  Ні  Невідомо

Коментар

Щеплювальний анамнез

Чи наявні додаткові документи?  
 Так  Ні

Примітка

< Повернутися назад Продовжити далі >

#### Вибір показання для призначення

Код Назва

Весь перелік Знайти

#### Довідник діагнозів

Код	Назва
I	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби
II	Новоутворення
III	Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму
D50-D53	Аліментарні анемії
D50	Железодефіцитная анемия
D50.0	Железодефіцитная анемия вторичная вследствие потери крови (хроническая)
D50.1	Сидеропеническая дисфагия
D50.8	Другие железодефицитные анемии
D50.9	Железодефіцитная анемия неуточненная
D51	Витамин-В12-дефіцитная анемия
D51.0	Витамин-В12-дефіцитная анемия вследствие дефицита внутреннего фактора
D51.1	Витамин-В12-дефіцитная анемия вследствие избирательного нарушения всасывания витамина В12 с протеинурией
D51.2	Дефицит транскобаламина II
D51.3	Другие витамин-В12-дефіцитные анемии, связанные с питанием

Скасувати Обрати

© 2014-2015, АІСФ

## 4-а сторінка карти повідомлення

**Додати лікарський засіб**

ЛЗ Інформація

гноз, супутні захворювання, алергія, вагітність)

отрит

Дата початку терапії

Дата закінчення

IV. Інша медично важлива інформація

V. Побічні реакції/ВЕ

VI. Лікарські засоби

Додаткова інформація

Епідеміологічне

Щеплювальний а

Чи наявні додатков

Так  Ні

Примітка

Вибір ЛЗ ✕

Торгова назва

Виробник

№ реєстраційного посвідчення  МНН  АТХ

Торгова назва	МНН	Форма випуску	Виробник	Країна виробника	№ реєстраційного посвідчення	АТХ	Заявник	Країна заявника
D-AL ПРИК-ТЕСТ ДІАГНОСТИЧНИЙ	Allergen extracts	Розчин алергену для проведення прик-тесту по 3 мл у флаконах-крапельницях з вмістом алергену 500 - 10000 PNU/мл або 1000 – 10000 JSK/мл у комплекті з контрольним розчином (контроль I або контроль III) у флаконі	СЕВАФАРМА а.с.	Чеська Республіка	891/12-300200000	V01AA	СЕВАФАРМА а.с.	Чеська Республіка
H-AL ЛІКУВАЛЬНИЙ ПЕРОРАЛЬНО-СУБЛІНГВАЛЬНИЙ	Allergen extracts	Краплі оральні, розчин по 9 мл у флаконах з крапельницею з вмістом алергену 0,05 – 10000 PNU/мл або 0,1 – 10000 JSK/мл	СЕВАФАРМА а.с.	Чеська Республіка	892/12-300200000	V01AA	СЕВАФАРМА а.с.	Чеська Республіка
АДГЛЮФОЦИТ	Comb drug	Розчин гемоконсерванту по 100 мл у контейнерах полімерних Гемакон	Комунальне підприємство "Луганська обласна Фармація", Фармацевтична	Україна	UA/9502/01/01	V07AC	Комунальне підприємство "Луганська обласна Фармація",	Україна

Стор. 1 з 9