



## ГАЖ НӨЛӨӨ 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 асуултууд тул үнэн зөв, бүрэн бөглөнө үү.
- ✓ Гаж нөлөөний хуудсыг үнэлэх явцад тодруулга хийх, эргэн мэдээлэл хийх шаардлагатай тул та өөрийн мэдээллээ бүрэн бөглөнө үү.
- ✓ Гаж нөлөөний тохиолдол илэрсэн эмчлүүлэгч болон мэдээлэгчийн нууцлалыг чанд хадгална.
- ✓ ЭМИЙН ГАЖ НӨЛӨӨНИЙ ТАЛААР МЭДЭЭЛСЭН ТАНЫ МЭДЭЭЛЭЛ БҮР ҮНЭ ЦЭНТЭЙ.

### I. ЭМЧЛҮҮЛЭГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Эмчлүүлэгчийн овог, нэр: .....

Төрсөн он, сар, өдөр .....

Нас .....

Хүйс: .....

Биеийн жин .....

Өндөр .....

- Эрэгтэй  
 Эмэгтэй

Эмчлүүлэгчийн онцлог:  Жирэмсэн  Хөхүүл  Бусад

Урьд өмнө гаж нөлөө илэрч байсан эмийн нэр:  Байхгүй

### II. ГАЖ НӨЛӨӨ ҮЗҮҮЛСЭН ЭМИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Гаж нөлөө үзүүлсэн эмийн олон улсын нэршил:

Худалдааны нэршил:

Савлалтын тун:

Хүчинтэй хугацаа:

Эм үйлдвэрлэгчийн нэр:

Цувралын дугаар:

Улс:

Эмийн хэлбэр:

- шахмал  капсул  тарилга  судсаар сэлбэх шингэн  бусад

Эм хэрэглэж эхэлсэн огноо:

..... он ..... сар ..... өдөр ..... цаг ..... минут

Эм хэрэглэхийг зогсоосон огноо:

..... он ..... сар ..... өдөр ..... цаг ..... минут

Эм хэрэглэсэн заалт /онош/:

Нэг удаа хэрэглэсэн тун:

Хоногт хэрэглэсэн тун:

### III. ГАЖ НӨЛӨӨНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Гаж нөлөө эхэлсэн огноо: ..... цаг, минут .....

**Илэрсэн гаж нөлөөний шинж тэмдгийг дэлгэрэнгүй бичнэ үү!**

**Илэрсэн гаж нөлөөний шинж тэмдгийг дэлгэрэнгүй бичнэ үү!**

**Гаж нөлөө илэрсэн үед авсан арга хэмжээ:**

Эмийн хэрэглээг зогсоосон       Эмийн тунг бууруулсан       Эмийг сольсон       Хийсэн эмчилгээ (нэр, тунг бичнэ үү!)

**Гаж нөлөө илэрсэн эмийн хэрэглээг зогсооход гарсан өөрчлөлт:**

Шинж тэмдэг арилсан       Шинж тэмдэг үргэлжилж байгаа       Шинж тэмдэг даамжирсан

**Гаж нөлөөний төгсгөл:**

Эдгэрсэн       Үргэлжилж буй       Эмнэлэгт хэвтэх хугацааг уртасгасан





Эрчимт эмчилгээ хийсэн       Хөгжлийн бэрхшээл үүссэн       Нас барсан

**IV. ХАМТ ХЭРЭГЛЭСЭН ЭМИЙН МЭДЭЭЛЭЛ**

№	Худалдааны нэр	Олон улсын нэр	Хэлбэр	Савлалтын тун	Нэг удаагийн тун	Хэрэглэсэн хугацаа
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

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

**Эмнэлэг, тасаг:** \_\_\_\_\_ **Мэргэжил:** \_\_\_\_\_ **Мэдээлсэн огноо:** \_\_\_\_\_

	<b>Шуудангийн хаяг:</b>	<b>ЭМ, ЭМНЭЛГИЙН ХЭРЭГСЛИЙН ХЯНАЛТ ЗОХИЦУУЛАЛТЫН ГАЗАР</b>
	<b>Утас:</b>	UBH Center, Энхтайвны өргөн чөлөө, Сүхбаатар дүүрэг, 14210 Улаанбаатар хот
	<b>Мэйл хаяг:</b>	51-260211
	<b>Цахим хуудас:</b>	<a href="mailto:gajnoloo@mmra.gov.mn">gajnoloo@mmra.gov.mn</a>
		<a href="http://www.mmra.gov.mn">www.mmra.gov.mn</a>