



ЭМ ЭМНЭЛГИЙН
ХЭРЭГСЛИЙН ХЯНАЛТ
ЗОХИЦУУЛАЛТЫН ГАЗАР

Эрүүл мэндийн сайдын 2021 оны
дүгээр сарын өдрийн
дугаар тушаалын 2 дугаар 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: *
Биеийн жин	Өндөр	☐ Эрэгтэй. ☐ Эмэгтэй
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 /онош/:		
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			
IV. 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 онгоо: *		

МЭДЭЭЛЭЛ ИЛГЭЭХ ХАЯГ:	
 Шуудангийн хаяг:  Утас:  Мэйл хаяг:  Цахим хуудас:	ЭМ, ЭМНЭЛГИЙН ХЭРЭГСЛИЙН ХЯНАЛТ ЗОХИЦУУЛАЛТЫН ГАЗАР UBH center, Энхтайвны өргөн чөлөө, Сүхбаатар дүүрэг, 14210 Улаанбаатар хот. 51-260211 gainoloo@mmra.gov.mn www.mmra.gov.mn