

VISIT: Screening

SITE NUMBER:

--	--	--	--	--	--

DATE:

d	d	m	m	y	y	y	y		

PATIENT NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RATER INITIALS:

--	--	--

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL (MGH)
ОПРОСНИК ПО РЕАКЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ (ATRQ)

(Не гериатрические пациенты – от 18 до 64 лет)(Общий)

Примечание: Минимальная терапевтическая доза для каждого антидепрессанта в Разделе I рассчитана на основании инструкции по применению препарата, специальной литературы и консультаций с клиницистами экспертного уровня.

Раздел I. Антидепрессивные препараты

Инструкции:

1. Отметьте галочкой (✓) название всех лекарственных препаратов, которые пациент принимал с начала **ТЕКУЩЕГО** депрессивного **ЭПИЗОДА**.
2. Поставьте галочку (✓), если ежедневная доза препарата была **равна минимальной или превышала минимальную** терапевтическую дозу в течение по крайней мере 6 недель.
3. Только для тех препаратов, которые принимались в минимальной терапевтической дозе в течение по крайней мере 6 недель: укажите в процентах (%), насколько, по словам пациента, симптомы депрессии ослабевали в тот период, когда, по мнению пациента, воздействие препарата было самым благоприятным.
4. Если у пациента наступало ослабление симптомов $\geq 50\%$, а затем эта реакция утрачивалась (привыкание), этот препарат не будет считаться как не прошедший испытания на антидепрессивное действие.

Трициклические антидепрессанты

Международное непатентованное название препарата	Принимаемые во время ЭТОГО, текущего депрессивного эпизода(✓)	Принимал не менее этой дозы препарата * в течение как минимум 6 недель? (✓)	Только для тех препаратов, которые принимались в минимальной терапевтической дозе в течение по меньшей мере 6 недель: На основании отчета пациента укажите в процентах (%), насколько симптомы депрессии ослабевали в тот период, когда, по мнению пациента, воздействие препарата было самым благоприятным. A. от 75% до 100% B. от 50% до <75% C. от 26% до <50% D. ≤ 25%
доксепин		150 мг/сут	
кломипрамин		150 мг/сут	
амоксапин		150 мг/сут	
амитриптилин		150 мг/сут	
мапротилин		150 мг/сут	
дезипрамин		150 мг/сут	
нортриптилин		75 мг/сут	
тримипрамин		150 мг/сут	
имипрамин		150 мг/сут	
протриптилин		30 мг/сут	
пипофезин		150 мг/сут	
ноксиптилин		100 мг/сут	

* Если доза ниже минимальной требуемой дозы, также приемлем уровень содержания в крови в пределах терапевтической дозы (оказывающей антидепрессивное действие).

Final_19-Mar-15
MGH ATRQ (RU-rus) 19JUN2015 FINAL

CNT0136MDD2001 MGH-ATRQ_RUS Russian (12AUG2015)

VISIT: Screening

SITE NUMBER:

PATIENT NUMBER:

Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО)

Международное непатентованное название препарата	Принимаемый во время ЭТОГО, текущего эпизода? (√)	Принимал не менее этой дозы в течение как минимум 6 недель? (√)	Только для тех препаратов, которые принимались в минимальной терапевтической дозе в течение по меньшей мере 6 недель: На основании отчета пациента укажите в процентах (%), насколько симптомы депрессии ослабевали в тот период, когда, по мнению пациента, воздействие препарата было самым благоприятным. A. от 75% до 100% B. от 50% до <75% C. от 26% до <50% D. ≤ 25%
изокарбосазид		30 мг/сут	
фенелзин		45 мг/сут	
транилципромин		30 мг/сут	
селегилин пластырь		6 мг/сут	
моклобемид		300 мг/сут	
пирлиндол		200 мг/сут	

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Международное непатентованное название препарата	Принимаемый во время ЭТОГО, текущего эпизода? (√)	Принимал не менее этой дозы препарата в течение как минимум 6 недель? (√)	Только для тех препаратов, которые принимались в минимальной терапевтической дозе в течение по меньшей мере 6 недель: На основании отчета пациента укажите в процентах (%), насколько симптомы депрессии ослабевали в тот период, когда, по мнению пациента, воздействие препарата было самым благоприятным. A. от 75% до 100% B. от 50% до <75% C. от 26% до <50% D. ≤ 25%
флувоксамин		50 мг/сут	
пароксетин		20/25 мг/сут	
флуоксетин		25 мг/сут	
сертралин		50 мг/сут	
циталопрам		20 мг/сут	
эсциталопрам		10 мг/сут	
вилазодон		40 мг/сут	
вортиоксетин		10 мг/сут	

VISIT: Screening

SITE NUMBER:

PATIENT NUMBER:

Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН)

Международное непатентованное название препарата	Принимаемый во время ЭТОГО, текущего эпизода? (√)	Принимал не менее этой дозы в течение как минимум 6 недель? (√)	Только для тех препаратов, которые принимались в минимальной терапевтической дозе в течение по меньшей мере 6 недель: На основании отчета пациента укажите в процентах (%), насколько симптомы депрессии ослабевали в тот период, когда, по мнению пациента, воздействие препарата было самым благоприятным. A. от 75% до 100% B. от 50% до <75% C. от 26% до <50% D. ≤ 25%
венлафаксин / венлафаксин XR		150 мг/сут	
дулоксетин		60 мг/сут	
дезвенлафаксин		50 мг/сут	
милнаципран		100 мг/сут	
левомилаципран		40 мг/сут	

Другие антидепрессанты

Международное непатентованное название препарата	Принимаемый во время ЭТОГО, текущего эпизода? (√)	Принимал не менее этой дозы в течение как минимум 6 недель? (√)	Только для тех препаратов, которые принимались в минимальной терапевтической дозе в течение по меньшей мере 6 недель: На основании отчета пациента укажите в процентах (%), насколько симптомы депрессии ослабевали в тот период, когда, по мнению пациента, воздействие препарата было самым благоприятным. A. от 75% до 100% B. от 50% до <75% C. от 26% до <50% D. ≤ 25%
тразодон		300 мг/сут	
бупропион		300 мг/сут	
миртазапин		15 мг/сут	
миансерин		30 мг/сут	
опипрамом		150 мг/сут	

VISIT: Screening

SITE NUMBER:

PATIENT NUMBER:

Раздел II. Препараты, усиливающие эффект антидепрессантов, одобренные Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA)

Инструкции:

1. Отметьте галочкой (✓) название лекарственных препаратов, которые пациент принимал для усиления эффекта антидепрессантов в течение **ТЕКУЩЕГО** депрессивного **ЭПИЗОДА**.
2. Поставьте галочку (✓), если пациент принимал по крайней мере эту дозу в течение как минимум 6 недель в сочетании с лекарственным антидепрессантом из Раздела I.
3. Укажите антидепрессант из Раздела I, для усиления действия которого принимался такой препарат.
4. Укажите в процентах (%), насколько, по словам пациента, симптомы депрессии ослабевали в тот период, когда, по мнению пациента, воздействие этого сочетания препаратов было самым благоприятным.

Международное непатентованное название препарата	Принимаемый во время ЭТОГО, текущего эпизода? (✓)	Принимал не менее этой дозы в течение как минимум 6 недель в сочетании с лекарственным антидепрессантом из Раздела I**? (✓)	Название лекарственного антидепрессанта из Раздела I (см. выше), с которым принимался этот препарат	Только для тех препаратов, которые принимались в минимальной терапевтической дозе в течение по меньшей мере 6 недель: На основании отчета пациента укажите в процентах (%), насколько симптомы депрессии ослабевали в тот период, когда, по мнению пациента, воздействие этого сочетания препаратов было самым благоприятным. A. от 75% до 100% B. от 50% до <75% C. от 26% до <50% D. ≤ 25%
арипипразол		5 мг/сут		
кветиапин		200 мг/сут		

**Лекарственный антидепрессант из Раздела I также должен приниматься в размере минимальной терапевтической дозы в течение 6 недель вместе с препаратом, усиливающим его воздействие.