

País:	Provincia, Estado o Distrito:
Argentina	
Tipo de evento adverso:	
<input type="checkbox"/> Evento adverso farmacológico <input type="checkbox"/> Falta de eficacia	
Datos del paciente:	
Apellido:	
Nombre:	
Peso: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/> Sexo: <input type="text"/>
Descripción del evento adverso (incluyendo su duración)	

Exámenes complementarios relevantes (con fecha):												
Diagnóstico presuntivo y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc.)												
Medicación concomitante (incluyendo terapias alternativas)												
Resultado (marque las necesarias) <table style="width:100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Requirió tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Riesgo de vida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Recuperado <i>ad integrum</i></td> <td><input type="checkbox"/> Malformación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No recuperado aún</td> <td><input type="checkbox"/> Muerte; fecha:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desconocido</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Requirió o prolongó su hospitalización</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> día / mes / año </div>	<input type="checkbox"/> Requirió tratamiento	<input type="checkbox"/> Riesgo de vida	<input type="checkbox"/> Recuperado <i>ad integrum</i>	<input type="checkbox"/> Malformación	<input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No recuperado aún	<input type="checkbox"/> Muerte; fecha:	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Requirió o prolongó su hospitalización	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Requirió tratamiento	<input type="checkbox"/> Riesgo de vida											
<input type="checkbox"/> Recuperado <i>ad integrum</i>	<input type="checkbox"/> Malformación											
<input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas	<input type="checkbox"/> Otro											
<input type="checkbox"/> No recuperado aún	<input type="checkbox"/> Muerte; fecha:											
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="text"/>											
<input type="checkbox"/> Requirió o prolongó su hospitalización	<input type="text"/>											

Medicamento (escriba en primer lugar el producto sospechoso)							
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo Día/Mes/Año	Final Día/Mes/Año	Indicaciones de uso	Fecha vencim.	N° de lote o serie

¿La suspensión o reducción de dosis del medicamento sospechado causó la disminución o desaparición del evento adverso?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
¿La reexposición al medicamento sospechoso generó el mismo o similar evento adverso?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
Fecha comienzo del evento:	Fecha de este reporte:
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> día / mes / año	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> día / mes / año

Datos del comunicador del evento adverso (optativo):	
Nombre y apellido:
Lugar de trabajo:
Dirección:
Profesión:
Tel/fax: E-mail:

PARA USO DEL DPTO. DE FARMACOVIGILANCIA	
Imputabilidad:	
Intensidad:	

Notificación N°:	
Código ATC:	
Código R. Adv.:	