

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)
<input type="checkbox"/> Requirió tratamiento <input type="checkbox"/> Recuperado <i>ad integrum</i> <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado aún <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Requirió o prolongó su hospitalización
<input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> Malformación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Muerte; fecha:
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día / mes / año

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.: