

País / Provincia / Localidad	Exámenes complementarios relevantes (con fecha)
Tipo de evento adverso: <input type="checkbox"/> Evento adverso farmacológico <input type="checkbox"/> Falta de eficiencia	Diagnóstico presuntivo y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo)
Datos del paciente: Nombre y apellido: Peso <input type="text"/> Edad <input type="text"/> Sexo <input type="text"/>	Medicación concomitante - incluyendo terapias alternativas
Descripción del evento (incluyendo su duración)	Resultado (marque las necesarias) <input type="checkbox"/> Requirió tratamiento <input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> Recuperado ad integrum <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="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Requirió o prolongó su hospitalización Día Mes Año

Medicamento (escriba en primer lugar el producto sospechado)

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis, frecuencia, vía administrativa	Comienzo día/mes/año	Final día/mes/año	Indicaciones de uso	Fecha vencimiento	N° Lote o serie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿La suspensión o reducción de dosis del medicamento sospechado causó la disminución o desaparición del evento adverso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Datos del comunicador del evento adverso (optativo) Nombre y apellido <input type="text"/> Lugar de trabajo <input type="text"/> Dirección <input type="text"/> Profesión <input type="text"/> Tel/fax <input type="text"/> E-mail <input type="text"/>
La reexposición al medicamento sospechado generó el mismo o similar evento adverso? Sí <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año Día Mes Año	

Para uso de Farmacovigilancia	Notificación N°
Imputabilidad	Código ATC
Intensidad	Código RAM