

Formulario de Farmacovigilancia

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

FECHA

Día Mes Año

País/ Provincia/ Localidad	Exámenes complementarios relevantes (con fecha)

Tipo de evento adverso:	Diagnóstico presuntivo y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo)
☐ Evento adverso farmacológico ☐ Falta de eficiencia	

Datos del paciente:	Medicación concomitante - incluyendo terapias alternativas	
Nombre y apellido:		
Peso	Edad	Sexo

Descripción del evento (incluyendo su duración)	Resultado (marque las necesarias)
	☐ Requirió tratamiento ☐ Riesgo de vida ☐ Recuperado ad integrum ☐ Malformación ☐ Recuperado con secuelas ☐ Otro ☐ No recuperado aún ☐ Muerte, fecha ☐ Desconocido ☐ Día ☐ Mes ☐ Año ☐ Requirió o prolongó su hospitalización

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

¿La suspensión o reducción de dosis del medicamento sospechado causó la disminución o desaparición del evento adverso?	Datos del comunicador del evento adverso (optativo)
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Nombre y apellido:
La reexposición al medicamento sospechado generó el mismo o similar evento adverso?	Lugar de trabajo:
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Dirección:
Fecha comienzo del evento	Profesión
Fecha de este reporte	Tel/fax:
Día Mes Año	E-mail:
Para uso de Farmacovigilancia	Notificación N°:
Imputabilidad	Código ATC:
Intensidad	Código RAM: