



**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

País: Argentina	Provincia:	Exámenes complementarios relevantes (con fecha y resultado):																														
TIPO DE REPORTE Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/>		Enfermedad de base y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc.):																														
DATOS DEL PACIENTE: Apellido..... Nombre..... Peso.....Edad.....Sexo.....																																
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO (incluyendo su duración) _____ _____ _____		Medicación concomitante (incluyendo terapias alternativas):																														
		Resultado 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="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Requirió o prolongó la hospitalización <input type="checkbox"/>																														
		MEDICAMENTOS SOSPECHOSOS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Nombre Genérico</th> <th style="width:15%;">Nombre Comercial</th> <th style="width:20%;">Dosis, frecuencia y vía de admin.</th> <th style="width:15%;">Comienzo Día/Mes/Año</th> <th style="width:15%;">Final Día/Mes/Año</th> <th style="width:15%;">Indicación de uso</th> <th style="width:10%;">Fecha de vencim.</th> <th style="width:10%;">N°Lote/serie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo Día/Mes/Año	Final Día/Mes/Año	Indicación de uso	Fecha de vencim.	N°Lote/serie																						
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo Día/Mes/Año	Final Día/Mes/Año	Indicación de uso	Fecha de vencim.	N°Lote/serie																									
¿La suspensión o reducción de la 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"/>		DATOS DEL COMUNICADOR Apellido y Nombre..... Lugar de trabajo..... Dirección..... Profesión..... Teléfono/Fax..... E-mail.....																														
¿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 de comienzo del evento: / / (Día/Mes/Año)		Fecha de este reporte: / / (Día/Mes/Año)																														
Colegio de Farmacéuticos de Córdoba Area de Capacitación y Responsabilidad Social - Corro 146 - CP5000 - Córdoba - Tel. (0351) 4249511 int. 230-231 - formacion@colfacor.org.ar																																