



**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR USO DE
MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS, PRODUCTOS
VEGETALES Y/O PREPARADOS DE DROGAS VEGETALES**

País: Argentina	Provincia:	Exámenes complementarios relevantes (con fecha y resultado):
TIPO DE EVENTO ADVERSO Efecto adverso <input type="checkbox"/> Efecto tóxico <input type="checkbox"/> Falta de efectividad <input type="checkbox"/>		
DATOS DEL PACIENTE: Apellido..... Nombre..... Peso.....Edad.....Sexo.....		Enfermedad de base y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, desnutrición etc.):
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO (incluyendo su duración)		
		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"/> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Requirió o prolongó la hospitalización <input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS Y/O PRODUCTOS/PREPARADOS DE DROGAS VEGETALES SOSPECHOSO/S							
Nombre Común	Nombre Comercial	Parte usada de la planta	Forma de preparación/farmacéutica	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo (Día/Mes/Año)	Final (Día/Mes/Año)	Indicación de uso

EN CASO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES, INDICAR			Fecha de comienzo del evento:	DATOS DEL MATERIAL VEGETAL		
Nombre Comercial	Fecha de vencimiento	N° lote/serie	_____ (Día/Mes/Año)	Recolectado: Fresco <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Adquirido: Herboristería <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Vendedor ambulante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
			Fecha de este reporte: _____ (Día/Mes/Año)			

¿La suspensión o reducción de la dosis del producto y/o medicamento sospechoso 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 producto y/o medicamento sospechoso generó el mismo o similar evento adverso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	