



SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
FORMULARIO PARA PACIENTES

Responda siguiendo el orden numérico de las preguntas. Los * son obligatorios.
SE CONSIDERA EVENTO ADVERSO CUALQUIER SINTOMA NO DESEADO

Formulario con secciones: ACERCA DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTE REPORTE, ACERCA DE LA PERSONA QUE EXPERIMENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA, REACCIÓN ADVERSA, PREGUNTAS ADICIONALES, MEDICAMENTO SOSPECHADO, OTROS MEDICAMENTOS. Incluye preguntas 1-36 y campos para fecha y número de notificación.