

"Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales"

PAÍS: ARGENTINA		PROVINCIA: _____		CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN (ID LOCAL/GLOBAL): _____			
<b>TIPO DE DESVÍO DE CALIDAD</b>							
FALTA DE EFECTIVIDAD	<input type="checkbox"/>	ENVASE-EMPAQUE	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS FARMACOTÉCNICOS	<input type="checkbox"/>	CONTAMINACIÓN	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE ASPECTO	<input type="checkbox"/>	ROTULACIÓN	<input type="checkbox"/>	REACCIÓN ADVERSA LIGADA A LA CALIDAD	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
<b>DATOS DEL PACIENTE:</b>				<b>¿QUÉ RESULTADO TUVO EL DESVÍO EN EL PACIENTE?</b>			
APELLIDO (INICIALES) _____				REQUIRIÓ TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE (INICIALES) _____				REQUIRIÓ O PROLONGÓ <input type="checkbox"/>			
PESO _____ EDAD _____ SEXO _____				RECUPERADO AD INTEGRUM <input type="checkbox"/>			
<b>DESCRIPCIÓN DEL DESVÍO DE CALIDAD</b> _____ _____ _____ _____ _____				RECUPERADO CON SECUELAS <input type="checkbox"/>			
				LA HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>			
				RIESGO DE VIDA <input type="checkbox"/>			
				MALFORMACIÓN <input type="checkbox"/>			
				OTRO <input type="checkbox"/>			
				MUERTE; FECHA: ____ / ____ / ____			
<b>¿EL MEDICAMENTO CON EL DESVÍO SE ADMINISTRÓ AL PACIENTE?</b>							<b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS RELEVANTES</b> (CON FECHA Y RESULTADO):
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							_____ _____ _____
<b>¿LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO AL PACIENTE CAUSÓ UN EVENTO ADVERSO?</b>							<b>ENFERMEDAD DE BASE Y CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES</b>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							(ALERGIA, SEMANA DE EMBARAZO, ALCOHOL, DROGAS, DISFUNCIÓN HEPÁTICA O RENAL, TABAQUISMO, ETC.):
¿CUÁL?: _____							_____ _____ _____
							<b>MEDICACIÓN CONCOMITANTE</b> (INCLUYENDO TERAPIAS ALTERNATIVAS):
							_____ _____ _____
<b>MEDICAMENTO CON EL DESVÍO</b>							
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	FORMA FARMACÉUTICA	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INDICACIÓN DE USO	FECHA DE VENCIMIENTO	N°LOTE/SERIE	
<b>ENVÍO DE MUESTRA</b>				<b>DATOS DEL COMUNICADOR</b>			
¿SE ENVÍA MUESTRA DEL PRODUCTO CON EL DESVÍO DE CALIDAD?				APELLIDO Y NOMBRE _____			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				LUGAR DE TRABAJO _____			
CANTIDAD DE UNIDADES ENVIADAS: _____				DIRECCIÓN _____			
FECHA DE LA DETECCIÓN DEL DESVÍO Y/O DEL EVENTO: ____ / ____ / ____				PROFESIÓN _____			
FECHA DE ESTE REPORTE: ____ / ____ / ____				TELÉFONO/FAX _____			
				E-MAIL _____			
<b>PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA</b>							
IMPUTABILIDAD _____				NOTIFICACIÓN N°: _____			
SERIEDAD _____				_____ _____			