

"Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales"

PAÍS: ARGENTINA		PROVINCIA: _____		CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN (ID LOCAL/GLOBAL): _____			
TIPO DE DESVÍO DE CALIDAD							
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"/>
DATOS DEL PACIENTE:				¿QUÉ RESULTADO TUVO EL DESVÍO EN EL PACIENTE?			
APELLIDO (INICIALES) _____				REQUIRIÓ TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE (INICIALES) _____				REQUIRIÓ O PROLONGÓ <input type="checkbox"/>			
PESO _____ EDAD _____ SEXO _____				RECUPERADO AD INTEGRUM <input type="checkbox"/>			
DESCRIPCIÓN DEL DESVÍO DE CALIDAD _____ _____ _____ _____ _____				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: ____ / ____ / ____			
¿EL MEDICAMENTO CON EL DESVÍO SE ADMINISTRÓ AL PACIENTE?							EXÁMENES COMPLEMENTARIOS RELEVANTES (CON FECHA Y RESULTADO):
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							_____
¿LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO AL PACIENTE CAUSÓ UN EVENTO ADVERSO?							_____
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							_____
¿CUÁL?: _____							_____
							ENFERMEDAD DE BASE Y CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES <small>(ALERGIA, SEMANA DE EMBARAZO, ALCOHOL, DROGAS, DISFUNCIÓN HEPÁTICA O RENAL, TABAQUISMO, ETC.):</small>

MEDICAMENTO CON EL DESVÍO							MEDICACIÓN CONCOMITANTE (INCLUYENDO TERAPIAS ALTERNATIVAS):
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	FORMA FARMACÉUTICA	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INDICACIÓN DE USO	FECHA DE VENCIMIENTO	N°LOTE/SERIE	_____
ENVÍO DE MUESTRA				DATOS DEL COMUNICADOR			
¿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 _____			
PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA							
IMPUTABILIDAD _____				NOTIFICACIÓN N°: _____			
SERIEDAD _____				_____			
