



**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					
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 este reporte: (Día/Mes/Año) / / /			
Fecha de comienzo del evento: (Día/Mes/Año) / / /				Fecha de este reporte: (Día/Mes/Año) / / /			
PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA				Notificación N°:			
Imputabilidad				Código ATC:			
Intensidad				Código R. Adv:			
Ruta 12 KM452 Colonia Avellaneda - Entre Ríos - CP3107. Tel: (0343) 497-9125 farmacovigilancia@erio.com.ar www.eriochem.com.ar							