

## SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

"Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales"

PAÍS: ARGENTINA		PROVINCIA: _____		<b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS RELEVANTES</b> (CON FECHA Y RESULTADO):			
<b>TIPO DE REPORTE</b>				_____			
INICIAL <input type="checkbox"/>				_____			
SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/>				_____			
<b>DATOS DEL PACIENTE:</b>				<b>ENFERMEDAD DE BASE Y CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES</b>			
APELLIDO _____		NOMBRE _____		ALERGIA <input type="checkbox"/>	SEMANA DE EMBARAZO <input type="checkbox"/>		
PESO _____	EDAD _____	SEXO _____		ALCOHOL <input type="checkbox"/>	DISFUNCIÓN HEPÁTICA <input type="checkbox"/>		
<b>DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO</b> (INCLUYENDO SU DURACIÓN)				DROGAS <input type="checkbox"/>	DISFUNCIÓN RENAL <input type="checkbox"/>		
_____				TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>		
_____				<b>MEDICACIÓN CONCOMITANTE</b> (INCLUYENDO TERAPIAS ALTERNATIVAS):			
_____				_____			
_____				<b>RESULTADO</b>			
_____				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; <input type="checkbox"/>		
_____				DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	FECHA: ____/____/____		
_____				REQUIRIÓ O PROLONGÓ LA HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>			
<b>MEDICAMENTOS SOSPECHOSOS</b>							
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	COMIENZO DÍA/MES/AÑO	FINAL DÍA/MES/AÑO	INDICACIÓN DE USO	FECHA DE VENCIMIENTO	N°LOTE/SERIE
<b>¿LA SUSPENSIÓN O REDUCCIÓN DE LA DOSIS DEL MEDICAMENTO SOSPECHADO CAUSÓ LA DISMINUCIÓN O DESAPARICIÓN DEL EVENTO</b>				<b>DATOS DEL COMUNICADOR</b>			
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		NO SABE <input type="checkbox"/>		APELLIDO Y NOMBRE _____	
				LUGAR DE TRABAJO _____			
<b>¿LA REEXPOSICIÓN AL MEDICAMENTO SOSPECHOSO GENERÓ EL MISMO O SIMILAR EVENTO ADVERSO?</b>				DIRECCIÓN _____			
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		NO SABE <input type="checkbox"/>		PROFESIÓN _____	
				TELÉFONO/FAX _____			
FECHA DE COMIENZO DEL EVENTO: ____/____/____				E-MAIL _____			
				FECHA DE ESTE REPORTE: ____/____/____			
<b>PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA</b>							
IMPUTABILIDAD _____				NOTIFICACIÓN N°: _____			
				CÓDIGO ATC: _____			
INTENSIDAD _____				CÓDIGO R. ADV: _____			