

País, Provincia; Localidad:	Exámenes complementarios relevantes (con fecha)						
Tipo de evento adverso: <input type="checkbox"/> Evento adverso farmacológico <input type="checkbox"/> Falta de eficiencia	Diagnostico presuntivo y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo)						
	Medicación concomitante - incluyendo terapias alternativas						
Datos del Paciente Apellido _____ Nombre _____ Peso <input type="text"/> Edad <input type="text"/> Sexo <input type="text"/>	Resultado (marque las necesarias) <input type="checkbox"/> Requirió tratamiento <input type="checkbox"/> Recuperado ad integrum <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado aún <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Requirió o prolongo su hospitalización						
Descripción del evento (incluyendo su duración): _____ _____	<input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> Malformación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Muerte, fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día / Mes / Año						
Medicamento (escriba en primer lugar el producto sospechado)							
Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis, frecuencia, vía administrativa	Comienzo día/mes/año	Final día/mes/año	Indicaciones de uso	Fecha vencimiento	Nº Lote o Serie
La suspensión o reducción de 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 del evento adverso (optativo)			
La reexposición al medicamento sospechado generó el mismo o similar evento adverso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>				Nombre y apellido			
Fecha comienzo del evento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día / Mes / Año				Lugar de trabajo			
Fecha de este reporte <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día / Mes / Año				Dirección			
				Profesión			
				Tel / Fax			
				Email			

Para uso de Farmacovigilancia	Notificación N°
Imputabilidad	Código ATC
Intensidad	Código RAM