

NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS



I. DATOS DEL PACIENTE E INFORMACIÓN SOBRE LA REACCION ADVERSA

INICIALES DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	PESO	INICIO			FINAL			CONSECUENCIAS
	DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
DESCRIPCIÓN DE LA REACCION ADVERSA (Naturaleza, tiempo de aparición desde la toma del medicamento, intensidad, duración, resultados relevantes de exploración clínica o de laboratorio, tratamiento):												<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> LA VIDA DEL PACIENTE HA ESTADO EN PELIGRO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN O PROLONGACIÓN HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE O SIGNIFICATIVA <input type="checkbox"/> PERSISTENCIA DE LA REACCION ADVERSA <input type="checkbox"/> RECUPERACION CON SECUELAS <input type="checkbox"/> RECUPERACION TOTAL	
¿ES LA REACCION ADVERSA UN: <input type="checkbox"/> Proceso neoplásico? <input type="checkbox"/> Malformación congénita? <input type="checkbox"/> Resultado de una Sobredosis? ACCIÓN TOMADA: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Reducción dosis <input type="checkbox"/> Retirada del fármaco <input type="checkbox"/> Tratamiento específico													

II. INFORMACIÓN DEL PRODUCTO

NOMBRE: LOTE o CODIGO: FECHA DE CADUCIDAD:	DOSIS DIARIA:	¿REMITIO LA REACCION AL SUSPENDER LA MEDICACION? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
VIA DE ADMINISTRACION:	INDICACIÓN:	¿REAPARECIÓ LA REACCION AL ADMINISTRAR DE NUEVO LA MEDICACION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
FECHAS DEL TRATAMIENTO (Desde/Hasta)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	RELACION DE CAUSALIDAD:
DIA MES AÑO DIA MES AÑO		

III. HISTORIA CLINICA Y MEDICAMENTOS CONCOMITANTES

MEDICAMENTOS CONCOMITANTES Y FECHA DE ADMINISTRACION:
DATOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLINICA

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICO

NOMBRE, DIRECCION, CORREO ELECTRONICO, TELEFONO DEL MEDICO:	NOMBRE, DIRECCIÓN, CORREO ELECTRONICO Y TELÉFONO DEL REPRESENTANTE MEDICO DEL LABORATORIO RESPONSABLE DEL MEDICAMENTO: HIGEA FARMA
TIPO DE INFORME <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/> INFORME COMPLEMENTARIO	FECHA DEL INFORME Y FIRMA FECHA Y FIRMA: