

FORMATO PARA NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS

1.- Datos del Producto

Producto: ACICLOVIR 50 mg CREMA TOPICA

Lote: Lugar de Compra:

Fecha Inicio Uso: Hora: Fecha Final Uso:

Dosis Administrada: 1 Vía: Oral

Tomó alimento con el medicamento: No Ingirió Alcohol: No

2.- Datos del Paciente

Nombre y Apellido del Paciente: Fecha de Nacimiento: 01-10-2014

Raza: Sexo: Masculino Edad: 18 Peso: 99.99 Kg.

Diagnóstico Principal: as

Otros Diagnósticos:

Otros Medicamentos en uso: No

Nombre Comercial	Vía	Dosis Día	Fecha Inicio	Fecha Final	Indicación

3.- Descripción de Reacciones Adversas

Cualquier reacción nociva, no esperada:

1) Fecha Inicio: 01-10-2014

Descripción: alergia

Observaciones: alergia

2) Fecha Inicio:

Descripción:

Observaciones:



4.- Datos del Notificador

Notificador: Paciente

Nombre: pedro vargas jose

Dirección: 10 de marzo

Estado: vargas

Ciudad: ca

Tlf Fijo:

Tlf Móvil:

Email: informatica@polinac.com

5.-Validación y Seguimiento de la Notificación

<u>CONDUCTA:</u>	<u>EVOLUCIÓN:</u>	<u>Se readministró el producto:</u>	<u>DESENLACE:</u>
Disminuyó la dosis: _____ _____	Desaparecen las reacciones adversas al reducir o eliminar la dosis:	Sí:_____ No:_____	Resolución Espontánea:_____
Suspendió la terapia: _____ _____	Sí: _____ No: _____	Reaparece la reacción: Sí:_____ No:_____	*Ameritó tratamiento: _____
			**Tratamiento Concomitante: _____
			Ameritó hospitalización: _____
			Prolongó hospitalización: _____
			Incapacidad: _____
			Muerte: _____
*Especifique: _____			
**Especifique: _____			
Observación: _____			
Conclusión: _____			
Notificación N°= _____ Fecha: _____			