

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: 4 **Vía:** Oral

Tomó alimento con el medicamento: **Ingirió Alcohol:**

2.- Datos del Paciente

Nombre y Apellido del Paciente: **Fecha de Nacimiento:** 03-07-2018

Raza: **Sexo:** Masculino **Edad:** 15 **Peso:** 55.55 Kg.

Diagnóstico Principal: aaa

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: 03-07-2018

Descripción: a

Observaciones: a

2) Fecha Inicio:

Descripción:

Observaciones:



4.- Datos del Notificador

Notificador: Paciente

Nombre: a

Dirección: a

Estado: a

Ciudad: a

Tlf Fijo:

Tlf Móvil:

Email: asdas@asdasd.com

5.-Validación y Seguimiento de la Notificación

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