

FORMATO PARA NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS

1.- Datos del Producto

Producto: COMPLEJO B COMPOSITUM SOLUCION INYECTABLE

Lote: PRUEBA **Lugar de Compra:** PRUEBA

Fecha Inicio Uso: 21-09-2014 **Hora:** **Fecha Final Uso:** 24-09-2014

Dosis Administrada: PRUEBA **Vía:** Intramuscular

Tomó alimento con el medicamento: No **Ingirió Alcohol:** No

2.- Datos del Paciente

Nombre y Apellido del Paciente: PRUEBA **Fecha de Nacimiento:** 02-09-2014

Raza: PRUEBA **Sexo:** Femenino **Edad:** 44 **Peso:** 88.97 Kg.

Diagnóstico Principal: PRUEBA

Otros Diagnósticos:

Otros Medicamentos en uso: Si

Nombre Comercial	Vía	Dosis Día	Fecha Inicio	Fecha Final	Indicación
PRUEBA	PRUEBA	PRUEBA	02-09-2014	27-09-2014	PRUEBA

3.- Descripción de Reacciones Adversas

Cualquier reacción nociva, no esperada:

1) Fecha Inicio: 23-09-2014

Descripción: PRUEBA

Observaciones: PRUEBA

2) Fecha Inicio:

Descripción:

Observaciones:



4.- Datos del Notificador

Notificador: PRUEBA

Nombre: PRUEBA

Dirección: PRUEBA

Estado: PRUEBA

Ciudad: PRUEBA

Tlf Fijo:

Tlf Móvil:

Email: PRUEBA56@GMIAL.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: _____			