

FORMATO PARA NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS

1.- Datos del Producto

Producto: ACICLOVIR 50 mg CREMA TOPICA

Lote: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Lugar de Compra: Farmacia

Fecha Inicio Uso: 23-09-2014 Hora: Fecha Final Uso: 24-09-2014

Dosis Administrada: 3 Vía: Oral

Tomó alimento con el medicamento: Si Ingirió Alcohol: Si

2.- Datos del Paciente

Nombre y Apellido del Paciente: Pedro Perez Fecha de Nacimiento: 29-01-1984

Raza: Indio Sexo: Masculino Edad: 30 Peso: 10.30 Kg.

Diagnóstico Principal: verificacion de cosos

xx

Otros Diagnósticos: prueba de correoo

Otros Medicamentos en uso: Si

Nombre Comercial	Vía	Dosis Día	Fecha Inicio	Fecha Final	Indicación
Ciprofoxacina	oral	2	16-09-2014	23-09-2014	Alergia
atamenl	oral	3	17-09-2014	23-09-2014	dolor de cabeza
bromexima	oral	3	09-09-2014	16-09-2014	oral
vitamina c	oral	4	02-09-2014	23-09-2014	oral

3.- Descripción de Reacciones Adversas

Cualquier reacción nociva, no esperada:

1) Fecha Inicio: 16-09-2014

Descripción: alergia

Observaciones: alergia

2) Fecha Inicio:

Descripción:

Observaciones:



4.- Datos del Notificador

Notificador: Paciente

Nombre: deyvis

Dirección: 10 de marzo

Estado: vargas

Ciudad: la quaira

Tlf Fijo: (0412)-099-85-44

Tlf Móvil: (0414)-259-58-36

Email: deyvisvera@yahoo.es

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: _____			