

FORMATO PARA NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS

1.- Datos del Producto

Producto: POLANTAC TABLETAS

Lote:

111111111122222222223333333333444444444455555555556666666666777777777788888888889999999999000000
00001111111111222222222233333333334444444444555555555566 Lugar de Compra: farmatodo vargas distrito
capital

Fecha Inicio Uso: 09-09-2014 Hora: Fecha Final Uso: 16-09-2014

Dosis Administrada: 2 pastillas al día 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: Humano Sexo: Masculino Edad: 30 Peso: 99,99 Kg.

Diagnóstico Principal:

1234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345
6789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890
1234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345
6789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890
1234567890

Otros Diagnósticos:

1234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345
6789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890
1234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345
6789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890
1234567890

Otros Medicamentos en uso: Si

Nombre Comercial	Vía	Dosis Día	Fecha Inicio	Fecha Final	Indicación
atamel	oral	2	02-09-2014	16-09-2014	al día
atamel	oral	3	02-09-2014	03-09-2014	al día
atamel	oral	4	09-09-2014	17-09-2014	al día

4.- Datos del Notificador

Notificador: Otro: especifique

Nombre: pedro vargas jose

Dirección:

1234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345
 6789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890
 1234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901

Estado: 12345678901234567890123456789012345678901234567890

Ciudad: 12345678901234567890123456789012345678901234567890

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

Tlf Móvil: (0412)-099-85-44

Email: deyvisvera@yahoo.es

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