

**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
 COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

País:	Provincia, Estado, Distrito:	Exámenes complementarios relevantes (con fecha):
Argentina	Buenos Aires	
Tipo de evento adverso: Evento adverso farmacológico <input type="checkbox"/> Falta de eficacia <input type="checkbox"/> Falla de calidad		Diagnóstico presuntivo y condiciones medicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc)
Datos del paciente: Apellido: Nombre: Peso: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Sexo: <input type="text"/>		Medicación concomitante (incluyendo terapias alternativas):
Descripcion del Evento Adverso (Incluyendo su duracion)		Resultado (marque las necesarias): <input type="checkbox"/> Requirió tratamiento <input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> Recuperado <i>ad integrum</i> <input type="checkbox"/> Malformación <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No recuperado aún <input type="checkbox"/> Muerte; fecha: <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Requirió o Prolongó su hospitalización

Medicamento(escrība en primer lugar el producto sospechado)

Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo dd/mm/aaaa	Final dd/mm/aaaa	Indicaciones de uso	Fecha venc.	Nº de lote o serie

¿La suspensión o reducción de dosis del medicamento sospechado causó la disminución o desaparición del evento adverso?

Si No No Sabe

¿La reexposición al medicamento sospechado generó el mismo o similar evento adverso ?

Si No No Sabe

Fecha de comienzo del evento:

Fecha de este reporte:

Datos del comunicador del evento adverso (optativo):

Nombre y Apellido:

Lugar de trabajo:

Dirección:

Profesión:

Tel./Fax:

E-Mail:

Para el uso del Dpto. de Farmacovigilancia

Notificación N°

Imputabilidad

Código ATC:

Intensidad

Código R. Adv.: