

<b>1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:</b>					<b>N° NOTIFICACIÓN:</b>				
Nombre O Iniciales Del Paciente:		EDAD:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		PESO (Kg)	TALLA (cm)	ETNIA	N° HISTORIA CLÍNICA	
<b>2. Información Sobre Sospecha De:</b> RAM <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> EM <input type="checkbox"/>									
DESCRIPCIÓN DE LA RAM, FT, EM: (Enlistar las por separado)		FECHA INICIO	FECH A FIN	Historia Clínica Relevante Del Paciente: Enfermedades, diagnóstico, alergias, embarazo, cirugía previa, datos del laboratorio, etc.)					
<b>3. MEDICAMENTO (S) SOSPECHOSO (S):</b>									
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LOTE	FORMA FARMACÉUTICA	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA ADM.	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN
<b>RESULTADO DEL EVENTO ADVERSO</b>							<b>SEVERIDAD</b>		
¿El evento adverso desapareció al suspender el medicamento? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESC <input type="checkbox"/>			Recuperado/resuelto <input type="checkbox"/>			Muerte <input type="checkbox"/>			
¿El evento adverso desapareció al reducir la dosis del medicamento? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESC <input type="checkbox"/>			Recuperando/resolviendo <input type="checkbox"/>			Hospitalización prolongada <input type="checkbox"/>			
¿El evento adverso reapareció al administrar de nuevo el medicamento? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESC <input type="checkbox"/>			Recuperado/resuelto con secuela <input type="checkbox"/>			Requirió hospitalización <input type="checkbox"/>			
			No recuperado/no resuelto <input type="checkbox"/>			Anomalía congénita <input type="checkbox"/>			
			Fatal <input type="checkbox"/>			Amenaza a la vida <input type="checkbox"/>			
			Desconocido <input type="checkbox"/>			Discapacidad <input type="checkbox"/>			
						N/A <input type="checkbox"/>			
						Otra condición médica importante <input type="checkbox"/>			
						Cuál.....			
<b>4. TRATAMIENTO:</b>									
PACIENTE RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA TRATAR EL EVENTO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCE									
Describa:									
<b>5. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES O UTILIZADOS:</b>									
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LOTE	FORMA FARMACÉUTICA	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA ADM.	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN
<b>6. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR:</b>									
NOMBRE O INICIALES DEL NOTIFICADOR:		PROFESIÓN:	LUGAR DE TRABAJO:		SERVICIO MÉDICO:		DIRECCIÓN:		
PROVINCIA:		TELÉFONO:		E-MAIL:					
FECHA DE REPORTE:		TIPO DE REPORTE: INICIAL <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/>			ORIGEN REPORTE: AMBULATORIO <input type="checkbox"/>		HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>		