

**SISTEMA PROVINCIAL DE FARMACOVIGILANCIA**

**COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

Pág.

De

NODO DE SALUD	SERV. PRIVADO	LOCALIDAD

Tipo de Evento Adverso (lea las instrucciones al dorso)

- Evento Adverso  
 Falta de respuesta  
 Defecto de producto

¿ Sospecha falsificación de medicamentos ?

SI  NO

Datos del paciente

Apellido: .....

Nombre: .....

Peso: ..... Edad: ..... Sexo:

F  M

**Descripción del evento adverso o defecto del producto**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Exámenes complementarios relevantes (con fecha)

Diagnóstico presuntivo y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo)

Meditación concomitante (*Incluyendo terapias alternativas*)

**Resultado** (Marque las necesarias)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Requirió tratamiento    | <input type="checkbox"/> Riesgo de Vida |
| <input type="checkbox"/> Recuperado ad integrum  | <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             |   |

**Fecha**

**REQUIRIÓ O PROLONGÓ SU INTERNACIÓN**

**MEDICAMENTO** (ESCRIBA EN PRIMER LUGAR EL PRODUCTO SOSPECHADO)

GENER. / N. COM.	DOSIS, FRECUENCIA Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	COMIENZO	FINAL	INDICACIONES DE USO	Nº DE DOSIS	FECHA DE VENC.	Nº7 DE LOTE O SERIE
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

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

SI  NO

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

SI  NO

Fecha de comienzo del evento

Fecha de este Reporte

DÍA	MES	AÑO

DÍA	MES	AÑO

**DATOS DEL COMUNICADOR DEL EVENTO (OPTATIVO)**

..... Nombre y Apellido:  
 ..... Lugar de Trabajo:  
 ..... Dirección:  
 ..... Profesión:  
 ..... Tel/Fax:  
 ..... e-mail:

Completar y enviar a: Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Santa Fe, 2°C. Buenos Aires 1262, Rosario. Tel-Fax 0341-4461500. E-mail: fvigi@cfsf2.org.ar

Los datos consignados en esta notificación serán reservados por el Sistema Provincial de Farmacovigilancia como Información Confidencial

Para uso del S.P.F.

**INTENSIDAD**

**IMPUTABILIDAD**

**ATC**

**ART**