

**SISTEMA PROVINCIAL DE FARMACOVIGILANCIA**

**COMUNICACION DE EVENTOS ADVERSOS**

Pág.  De

ZONA DE SALUD	SERV. PRIVADO	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de evento adverso (lea 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 hospitalización

**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.	Nº 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
día	mes	año

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
día	mes	año

**DATOS DEL COMUNICADOR DEL EVENTO (optativo)**

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

Dirección Provincial de Bioquímica, Farmacia y Droguería Central -Bv. Dr. José Manuel Gálvez 1563 - Planta Baja - S3000AAG – Santa Fe  
 0342 - 4573710 / 3713 [farmacovigilancia\\_dbyfcia@santafe.gov.ar](mailto:farmacovigilancia_dbyfcia@santafe.gov.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