



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



Pag de

(lea las instrucciones al pie)

País Argentina	Provincia La Pampa
Tipo de Evento Adverso: Evento adverso Farmacológico Falta de eficacia	
Datos del Paciente: Apellido:..... Nombre:..... Peso: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Sexo: <input type="text"/>	
Descripción del evento adverso (incluyendo su duración): 	

Exámenes complementarios relevantes (con fecha): 												
Diagnóstico presuntivo y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc)												
Medicación concomitante (incluyendo terapias alternativas): 												
Resultado (marque las necesarias) <table border="0"> <tr> <td>Requirió tratamiento</td> <td>Riesgo de vida</td> </tr> <tr> <td>Recuperado <i>ad integrum</i></td> <td>Malformación</td> </tr> <tr> <td>Recuperado con secuelas</td> <td>Otro</td> </tr> <tr> <td>No recuperado aún</td> <td>Muerte; fecha:</td> </tr> <tr> <td>Desconocido</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Requirió o prolongo su hospitalización</td> <td>día / mes / año</td> </tr> </table>	Requirió tratamiento	Riesgo de vida	Recuperado <i>ad integrum</i>	Malformación	Recuperado con secuelas	Otro	No recuperado aún	Muerte; fecha:	Desconocido	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Requirió o prolongo su hospitalización	día / mes / año
Requirió tratamiento	Riesgo de vida											
Recuperado <i>ad integrum</i>	Malformación											
Recuperado con secuelas	Otro											
No recuperado aún	Muerte; fecha:											
Desconocido	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Requirió o prolongo su hospitalización	día / mes / año											

Medicamento (escriba en primer lugar el producto sospechado)

Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo Día/Mes/Año	Final Día/Mes/Año	Indicaciones de uso	Fecha vencim.	Nº de lote o serie

¿La suspensión o reducción de dosis del medicamento sospechado causó la disminución o desaparición del evento adverso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>	
¿La reexposición al medicamento sospechado generó el mismo o similar evento adverso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>	
Fecha comienzo del evento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día / mes / año	Fecha de este reporte <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día / mes / año

Datos del comunicador del evento adverso (optativo)
Nombre y apellido:.....
Lugar de trabajo:.....
Dirección :.....
Profesión :.....
Tel./ Fax :.....
E-Mail:.....

Para uso del Depto. de Farmacovigilancia

Imputabilidad
Intensidad

Notificación N°
Código ATC
Código R. Adv.:

DIRECCIÓN A LA CUAL REMITIR EL PRESENTE FORMULARIO
COLEGIO FARMACÉUTICO DE LA PAMPA-BME. MITRE 395 (6300) SANTA ROSA - LA PAMPA
Tel: 02954-430013/424608-Web: www.colfarlp.org.ar- E-mail: colfarlp@cpenet.com.ar