COMUNICACIÓN DE E.A. PARA MÉDICOS

País ..... Provincia .....

DATOS DEL PACIENTE

Apellido .....

Nombre .....

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

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO (incluyendo su duración)

Exámenes complementarios relevantes (con fecha y resultado):

Enfermedad de base y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc).

Mediación concomitante (incluyendo terapias alternativas):

Resultado

- ☐ Requirió tratamiento
- ☐ Recuperado ad integrum
- ☐ Recuperado con secuelas
- ☐ No recuperado aún
- ☐ Desconocido
- ☐ Requirió o prolongó la hospitalización
- ☐ Riesgo de vida
- ☐ Malformación
- ☐ Otro
- ☐ Muerte; fecha

..... /..... /.....

MEDICAMENTOS SOSPECHOSOS

Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis y Vía de Administración	Comienzo Día / Mes / Año	Final Día / Mes / Año	Indicación de Uso	Fecha de Vencimiento	Nº de Lote / Serie

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

☐ Si ☐ No ☐ No sabe

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

☐ Si ☐ No ☐ No sabe

Fecha de comienzo del evento ..... /..... /.....
(Día/Mes/Año)

Fecha de este reporte ..... /..... /.....
(Día/Mes/Año)

DATOS DEL COMUNICADOR

Apellido y Nombre .....

Lugar de trabajo .....

Dirección .....

Profesión .....

Teléfono/fax .....

E-mail .....