

Fecha de notificación: Montevideo • Interior • Departamento: Zona rural • Zona urbana •

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sexo: M F Peso (Kg): •Embarazo Indicar semanas de gestación: Lactancia
Apellido: Edad: Nº Identificación del paciente (C.I.): Teléfono: Institución:

MEDICAMENTO(S) RELACIONADO(S) CON LA REACCION ADVERSA

Nombre Comercial	Motivo de la indicación	Vía	Dosis	Intervalo (hs)	Fecha inicio	Fecha finalización	Nº Lote - Fecha vencimiento

REACCION(ES) ADVERSA(S) SOSPECHADA(S)

Por favor describa la(s) reacción(es) y cualquier tratamiento administrado: Evolución del evento adverso

- Recuperado
- En recuperación
- Continúa igual
- Otros

Fecha de inicio: Fecha de finalización:
¿Considera que la reacción es grave?: SI NO
Si la considera grave, por favor señale por qué (marque todos los items que considere):
•Muerte •Riesgo vital •Incapacidad persistente o significativa
•Determinó hospitalización •Prolongó la hospitalización •Alteración congénita
•Otras que considere clínicamente significativas (especifique):

Por favor enumere otros medicamentos administrados en los últimos tres meses previos a la reacción (incluyendo los automedicados y productos herbarios).

¿Recibía el paciente otra medicación?: SI NO Si la recibía complete los siguientes items (si los cc

Nombre Comercial	Motivo prescripción	Vía	Dosis	Intervalo (hs)	Fecha de inicio	Fecha de finalización

INFORMACION ADICIONAL RELEVANTE. Por ejemplo: historia clínica, estudios paraclínicos, alergias, reexposición al medicamento (si se realizó), sospecha de interacción medicamentosa.

<u>DATOS DE QUIEN REPORTA</u>	<u>Datos del médico (si los conoce y no es el que reporta)</u>
Nombre y dirección de lugar de trabajo	Nombre y dirección profesional
Teléfono	Número de teléfono
E- mail	Especialidad
Profesión	Firma y fecha