

<b>Reporte de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento</b>		Fecha del Reporte: / /	
Nombre del Paciente:			
Sexo:	Edad:	Peso:	Estatura:
Diagnóstico Principal:			
Otros Diagnósticos:			

Medicamento(s): Indique el nombre comercial	Dosis diaria y Vía de Administración	Fecha		Motivo de la Prescripción
		Inicio	Fin	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

¿Falla Terapéutica? Si\_\_ No\_\_ Laboratorio: N° Lote: F. Venc:

Reacciones Adversas	Fecha	
	Inicio	Fin
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

Conducta Adoptada	Evolución	¿Se readministró el fármaco?	Desenlace
Disminuyó la dosis <input type="checkbox"/> Suspendió la Terapia <input type="checkbox"/>	Al reducir la dosis o suspender el fármaco, ¿desapareció la reacción?  Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  ¿Reapareció la Reacción? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Resolución Espontánea <input type="checkbox"/> Ameritó Tratamiento <input type="checkbox"/> Tratamiento Concomitante <input type="checkbox"/> Ameritó Hospitalización <input type="checkbox"/> Prolongó Hospitalización <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Muerte

Observaciones (especifique otros datos relevantes):

<b>Datos del Notificador</b>		
Nombre:	Apellido:	C.I.-
Profesión:	Telf:	Ciudad:
Dirección:		