

<h2 style="margin: 0;">NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA</h2> <h3 style="margin: 0;">MEDICAMENTOS AUTORIZADOS</h3>	<input type="checkbox"/> N° DE NOTIFICACIÓN DEL LABORATORIO _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/> a. N° DE NOTIFICACIÓN DEL SEFV _ _ _ _ _
	¿CONOCE SI ESTA REACCIÓN ADVERSA HA SIDO COMUNICADA POR OTRA VÍA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CENTRO AUTONÓMICO <input type="checkbox"/> PUBLICACIÓN <input type="checkbox"/> S (indicar)

I. INFORMACIÓN SOBRE LA REACCIÓN ADVERSA

1. INICIALES DEL PACIENTE _ _ _ _ _	1a. PAIS	2. FECHA DE NACIMIENTO			2a. EDAD	3. SEXO	3a. PESO	3b. TALLA	4-6. FECHA DE INICIO DE LA REACCIÓN		
		DÍA	MES	AÑO		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER			DÍA	MES	AÑO
		_ _	_ _	_ _ _ _					_ _	_ _	_ _ _ _
7. DESCRIPCIÓN DE LA(S) REACCIÓN(ES) ADVERSA(S) (incluyendo resultados relevantes de exploración o de laboratorio, y la fecha de finalización, si procede)								8-13a. DESENLACE			
								<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> LA VIDA DEL PACIENTE HA ESTADO EN PELIGRO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> PROLONGACIÓN HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE O SIGNIFICATIVA <input type="checkbox"/> PERSISTENCIA DE LA REACCIÓN ADVERSA <input type="checkbox"/> RECUPERACIÓN			

II. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO DEL LABORATORIO

14. MEDICAMENTO SOSPECHOSO	15. DOSS DIARIA	16. VÍA	17. MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN	18. FECHAS DE INICIO	FINAL	19. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
20. ¿REMITIÓ LA REACCIÓN AL SUSPENDER LA MEDICACIÓN?			20 a. ¿REMITIÓ LA REACCIÓN AL REDUCIR LA DOSS?		21. ¿REAPARECIÓ LA REACCIÓN AL ADMINISTRAR DE NUEVO LA MEDICACIÓN?	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE	

III. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES E HISTORIA CLÍNICA

22. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES (Márquese con un asterisco el o los medicamentos sospechosos)	22a. DOSS DIARIA	22b. VÍA	22c. FECHAS DE INICIO	FINAL	22d. MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN
23. DATOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLÍNICA (ej. diagnósticos, alergias, embarazos, etc)					

IV. INFORME SOBRE EL LABORATORIO FARMACÉUTICO Y PROCEDENCIA DE LA NOTIFICACIÓN

24a. NOMBRE DE RSM Y DEL LABORATORIO Dra. S. Lucas COMBINO PHARM, SL TEL.: 93 - 480 88 33 Fructuós Gelabert, 6-8 Edificio Conata 2 FAX: 93 - 480 88 32 08970 Sant Joan Despí, Barcelona		24e. EVALUACIÓN DE LA CAUSALIDAD POR PARTE DEL RSM (Opcional)	
24c. FECHA DE RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO _ _ _ _ _	24d. FUENTE DE INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> ESTUDIO <input type="checkbox"/> PUBLICACIÓN <input type="checkbox"/> PROFESIONAL SANITARIO/ESPONTÁNEA INICIALES _ _ _ _ _ PROFESIÓN: _____	24b. CÓDIGO DEL LABORATORIO (N° DE LA DGFFS) <b style="font-size: 1.2em;">7 8 5 _ _ _ _ _	25a. TIPO DE INFORME <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO
24f. FECHA DE NOTIFICACIÓN AL SEFV _ _ _ _ _		25b. ORIGEN <input type="checkbox"/> HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> EXTRAHOSPITALARIO CIUDAD/PROVINCIA	