CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos sujeto a seguimiento adicional (con ▼) y las reacciones graves o las raras para el resto de fármacos (incluidos vacunas, medicamentos publicitarios, radiofármacos, plantas medicinales, fórmulas magistrales, medicamentos homeopáticos y gases medicinales).
2. Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción, o bien ponga un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si cree que hay más de uno.
3. Notifique todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.
4. No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.

NOMBRE DEL PACIENTE

_____

Indique al menos las iniciales o el número de H.ª para facilitar el seguimiento y detección de casos duplicados.

Sexo
☐ Masculino
☐ Femenino

Edad _____

Peso (kg) _____

MEDICAMENTO (S)* (Indique el nombre comercial)	Dosis diaria y vía admón.	Fecha		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
(Véase nota 2)		...../...../.....	...../...../.....	
		...../...../.....	...../...../.....	
		...../...../.....	...../...../.....	
		...../...../.....	...../...../.....	
		...../...../.....	...../...../.....	
		...../...../.....	...../...../.....	
		...../...../.....	...../...../.....	

* Para las vacunas y otros medicamentos biológicos o biotecnológicos, indique el número de lote y el nombre completo del medicamento.

REACCIONES	Fecha		Desenlace (Por ej., recuperado secuelas, mortal, etc.)
	Comienzo	Final	
	...../...../.....	...../...../.....	
	...../...../.....	...../...../.....	
	...../...../.....	...../...../.....	

OBSERVACIONES ADICIONALES

Requirió ingreso SÍ ☐
NO ☐

(Emplee hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR

Nombre .....

Profesión .....

Especialidad .....

Centro de trabajo .....

Teléfono de contacto .....

Correo electrónico .....

...../...../.....
Fecha

.....
Firma

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas ☐

Notificación electrónica en https://www.notificaram.es

RESPUESTA COMERCIAL
Autorización n.° 16.517
B.O.C. y T n.° 37 de 12/05/98

No necesita sello

Franqueo en destino

CENTRO DE FARMACOVIGILANCIA
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Apartado F.D. n.° 116
33080 OVIEDO

REMITENTE

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN