



**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

País: Argentina		Provincia:		Exámenes complementarios relevantes (con fecha y resultado):			
TIPO DE REPORTE Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/>				Enfermedad de base y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc.):			
DATOS DEL PACIENTE: Apellido..... Nombre..... Peso.....Edad.....Sexo.....							
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO (incluyendo su duración)				Medicación concomitante (incluyendo terapias alternativas):			
				Resultado Requirió tratamiento <input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> Recuperado ad integrum <input type="checkbox"/> Malformación <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No recuperado aún <input type="checkbox"/> Muerte; fecha: <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Requirió o prolongó la hospitalización <input type="checkbox"/>			
				MEDICAMENTOS SOSPECHOSOS			
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo Día/Mes/Año	Final Día/Mes/Año	Indicación de uso	Fecha de vencim.	N°Lote/serie
¿La suspensión o reducción de la dosis del medicamento sospechado causó la disminución o desaparición del evento adverso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>				DATOS DEL COMUNICADOR Apellido y Nombre..... Lugar de trabajo..... Dirección..... Profesión..... Teléfono/Fax..... E-mail.....			
¿La reexposición al medicamento sospechoso generó el mismo o similar evento adverso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>							
Fecha de comienzo del evento: / / (Día/Mes/Año)				Fecha de este reporte: / / (Día/Mes/Año)			
PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA				Notificación N°:			
Imputabilidad				Código ATC:			
Intensidad				Código R. Adv:			
Av. de Mayo 869, piso 11. CP 1084. CABA. Tel: (011) 4340-0800. Int 1166. Fax: (011):4340-0866 <a href="mailto:depto.snfv@anmat.gob.ar">depto.snfv@anmat.gob.ar</a> <a href="http://www.argentina.gob.ar/anmat">www.argentina.gob.ar/anmat</a>							