

No. de Notificación:  
(Espacio exclusivo de Grupo Biofarma)

IQF/BIOFA/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
(Espacio exclusivo de Grupo Biofarma)

La persona que se comunica es la que tomó el medicamento: 

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

Fecha: 

--

SECCIÓN 1. DATOS DEL PACIENTE O USUARIO DEL PRODUCTO							
Nombre completo del Paciente:							
Iniciales del Paciente:		Fecha de nacimiento:		dd	mmm	aa	Edad: Meses:
Peso en kg:		Estatura (cm):		Sexo:		M	F
Estado de la República del que llama:						Ciudad:	
C.P.		Correo electrónico			Teléfono de contacto		

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO			
Nombre comercial del medicamento:			
Nombre genérico del medicamento ( <i>principio activo</i> ):			
Laboratorio fabricante:			
Vía de Administración:		Dosis:	
No. Lote:	F.Caducidad:		
Motivo por el que se tomó el medicamento:			
¿Cuál fue la indicación terapéutica?:			
¿Cómo se lo tomó?			
Fecha de Inicio del tratamiento:		dd	mmm
Fecha de Término de tratamiento:		aa	

SECCIÓN 3. DATOS DE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA	
---	--

Fecha en que inicia con las molestias:

Descripción de la molestia (reacción adversa):

	SI	NO	NO SABE
¿Después de la molestia dejó de tomar el medicamento?			
¿Desapareció el malestar al suspender el medicamento?			
¿Se consumió nuevamente el medicamento?			
¿Se presentó el malestar después de consumir nuevamente el medicamento?			
¿Ha presentado el malestar anteriormente con el mismo medicamento?			
Tiempo que duró la molestia:	<input type="text"/>		

**Consecuencia del evento:**

Recuperado sin secuelas

Recuperado con secuelas

No recuperado

No se sabe

Muerte debido a la reacción adversa

Muerte, el medicamento pudo haber contribuido

Muerte no relacionada al medicamento

¿Necesitó algún tratamiento farmacológico? ¿Cuál?	<input type="text"/>		
¿Requirió hospitalización?	Si	No	¿Cuánto tiempo?
¿La reacción interfirió con sus actividades habituales?	Si	No	

**Sólo en caso de mujeres embarazadas:**

Quando se tomó el medicamento ¿Estaba embarazada?	Si	No
¿La reacción causó malformaciones o alteraciones en el recién nacido?	Si	No

**SECCIÓN 4. OTROS DATOS (FARMACOTERAPIA CONCOMITANTE)**

¿Está tomando algún otro medicamento?

¿Otras enfermedades o cirugías? (Historia clínica del paciente)

¿El medicamento fue recetado por un médico?

Si No

¿Es usted alérgico(a) a algo?

**COMENTARIOS ADICIONALES**

Persona que recibe la notificación:

***LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL USUARIO DEL MEDICAMENTO SON ESTRICTAMENTE  
CONFIDENCIALES***