

FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre		Edad	Genero		Peso	Estatura	Historia Clínica	Fecha de Nacimiento		
			F	M				AAAA	MM	DD
Dirección		Teléfono			Celular					
Antecedentes relevantes del paciente (Diagnostico alergias, falla renal, etc)										

2. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S) Y MEDICACIÓN SIMULTANEA

Medicamento(s) Sospechoso(s)

Nombre Generico o comercial	Numero de lote	Fecha de Vencimiento			Indicación Prescrita	Administración Tratamiento						
						Inicio			Final			
		AAAA	MM	DD		AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD	

Medicamento(s) Simultaneo(s)

Nombre Generico o Comercial	Numero de Lote	Fecha de Vencimiento			Indicación Prescrita	Administración Tratamiento						
						Inicio			Final			
		AAAA	MM	DD		AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD	
Dosis	Frecuencia	Duración del Tratamiento			Via de Administración	Forma Farmaceutica y Laboratorio Fabricante						

3. INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO ADVERSO

Inicio del Evento			Final del Evento			Evolución y/o recuperación					
AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD						
						Completa:		Con secuelas		Desconocido	
						Parcial		No recuperado		Muerte	
Descripción del evento adverso					Exámenes para-clínicos relevantes			¿Al suspender el medicamento desaparece el evento adverso?			
								SI		NO	

4. INFORMACIÓN DE QUIEN REPORTA

Nombre	Profesión	Telefono	Correo electronico	Fecha del reporte		
				AAAA	MM	DD