

"Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales"

PAÍS: ARGENTINA		PROVINCIA: _____		CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN (ID LOCAL/GLOBAL): _____			
<b>TIPO DE DESVÍO DE CALIDAD</b>							
FALTA DE EFECTIVIDAD	<input type="checkbox"/>	ENVASE-EMPAQUE	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS FARMACOTÉCNICOS	<input type="checkbox"/>	CONTAMINACIÓN	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE ASPECTO	<input type="checkbox"/>	ROTULACIÓN	<input type="checkbox"/>	REACCIÓN ADVERSA LIGADA A LA CALIDAD	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
<b>DATOS DEL PACIENTE:</b>				<b>¿QUÉ RESULTADO TUVO EL DESVÍO EN EL PACIENTE?</b>			
APELLIDO (INICIALES) _____				REQUIRIÓ TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE (INICIALES) _____				REQUIRIÓ O PROLONGÓ <input type="checkbox"/>			
PESO _____ EDAD _____ SEXO _____				RECUPERADO AD INTEGRUM <input type="checkbox"/>			
				RECUPERADO CON SECUELAS <input type="checkbox"/>			
				NO RECUPERADO AÚN <input type="checkbox"/>			
				DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>			
				MUERTE; FECHA: ____ / ____ / ____			
				OTRO <input type="checkbox"/>			
<b>DESCRIPCIÓN DEL DESVÍO DE CALIDAD</b>							
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____							
<b>¿EL MEDICAMENTO CON EL DESVÍO SE ADMINISTRÓ AL PACIENTE?</b>							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
<b>¿LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO AL PACIENTE CAUSÓ UN EVENTO ADVERSO?</b>							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
<b>¿CUÁL?:</b> _____							
_____							
<b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS RELEVANTES (CON FECHA Y RESULTADO):</b>							
_____							
_____							
_____							
<b>ENFERMEDAD DE BASE Y CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES</b> <small>(ALERGIA, SEMANA DE EMBARAZO, ALCOHOL, DROGAS, DISFUNCIÓN HEPÁTICA O RENAL, TABAQUISMO, ETC.):</small>							
_____							
_____							
<b>MEDICACIÓN CONCOMITANTE (INCLUYENDO TERAPIAS ALTERNATIVAS):</b>							
_____							
_____							
<b>MEDICAMENTO CON EL DESVÍO</b>							
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	FORMA FARMACÉUTICA	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INDICACIÓN DE USO	FECHA DE VENCIMIENTO	N°LOTE/SERIE	
<b>ENVÍO DE MUESTRA</b>				<b>DATOS DEL COMUNICADOR</b>			
<b>¿SE ENVÍA MUESTRA DEL PRODUCTO CON EL DESVÍO DE CALIDAD?</b>				APELLIDO Y NOMBRE _____			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				LUGAR DE TRABAJO _____			
CANTIDAD DE UNIDADES ENVIADAS: _____				DIRECCIÓN _____			
FECHA DE LA DETECCIÓN DEL DESVÍO Y/O DEL EVENTO: ____ / ____ / ____				PROFESIÓN _____			
FECHA DE ESTE REPORTE: ____ / ____ / ____				TELÉFONO/FAX _____			
				E-MAIL _____			
<b>PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA</b>							
IMPUTABILIDAD _____				NOTIFICACIÓN N°: _____			
SERIEDAD _____				_____			
				_____			
Departamento Vigilancia post-Comercialización y Acciones Regulatoras Av. Caseros 2161, Piso 2, C1264AAB, C.A.B.A. Tel. (+5411) 4340-0800 Int. 2610 dpto.vigipostcom@anmat.gob.ar - www.argentina.gob.ar/anmat							