
Población

Dirección

Nombre

REMITENTE

RESPUESTA COMERCIAL
Autorización n.º 12.517
B.O.C. n.º 53 de 18-6-93

NO NECESITA
SELLO

FRANQUEO
EN DESTINO



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

Apartado n.º 76 F.D.

30080 MURCIA

CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos recientemente introducidos en el mercado y las reacciones graves o raras para el resto de fármacos (incluido vacunas, medicamentos publicitarios, radiofármacos, plantas medicinales, fórmulas magistrales, gases medicinales y medicamentos homeopáticos).
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 _____

Sexo

Edad _____

Peso (Kg) _____

Masculino

Femenino

(Con la finalidad de saber si se ha repetido alguna reacción).
(Indique también el número de historia para los pacientes hospitalizados)

FÁRMACO (S)* <small>(Indique el nombre comercial)</small>	Dosis diaria y vía admón.	Fechas		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
(Véase nota 2)				

* Para las vacunas, indique número de lote.

REACCIONES	¿Ha dado lugar la reacción a hospitalización o prolongación de la misma?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fechas		Desenlace <small>(P. ej. mortal, recuperado, secuelas, etc.)</small>
			Comienzo	Final	

OBSERVACIONES ADICIONALES

ORIGEN DE LA NOTIFICACIÓN: ASISTENCIA PRIMARIA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA OTROS _____

NOTIFICADOR

Nombre _____

Profesión _____

Especialidad _____

Centro de trabajo _____

Teléfono _____ E-mail: _____ Fecha: ____/____/____

Firma

Por favor, marque con una cruz: si necesita más tarjetas / Si desea más información adicional

Centro de Farmacovigilancia Tlfno: 968 36 66 45 Fax: 968 36 59 40

968 36 66 45

Por favor, doblar y pegar para su envío