

SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR USO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS, PRODUCTOS VEGETALES Y/O PREPARADOS DE DROGAS VEGETALES

“Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales”

PAÍS: ARGENTINA		PROVINCIA: _____		EXÁMENES COMPLEMENTARIOS RELEVANTES (CON FECHA Y RESULTADO):			
TIPO DE EVENTO ADVERSO				_____			
EFECTO ADVERSO <input type="checkbox"/>		EFECTO TÓXICO <input type="checkbox"/>		_____			
FALTA DE EFECTIVIDAD <input type="checkbox"/>				_____			
DATOS DEL PACIENTE:				ENFERMEDAD DE BASE Y CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES			
APELLIDO _____		NOMBRE _____		ALERGIA <input type="checkbox"/>		SEMANA DE EMBARAZO <input type="checkbox"/>	
PESO _____		EDAD _____		ALCOHOL <input type="checkbox"/>		DISFUNCIÓN HEPÁTICA <input type="checkbox"/>	
		SEXO _____		DROGAS <input type="checkbox"/>		DISFUNCIÓN RENAL <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO (INCLUYENDO SU DURACIÓN)				TABAQUISMO <input type="checkbox"/>		DESNUTRICIÓN <input type="checkbox"/>	
_____				OTRO <input type="checkbox"/>			
_____				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; <input type="checkbox"/>	
DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>		FECHA: ____/____/____		REQUIRIÓ O PROLONGÓ LA HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>			
MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS Y/O PRODUCTOS/PREPARADOS DE DROGAS VEGETALES SOSPECHOSO/S							
NOMBRE COMÚN	NOMBRE COMERCIAL	PARTE USADA DE LA PLANTA	FORMA DE PREPARACIÓN/FARMACÉUTICA	DOSIS, FRECUENCIA Y VÍA DE ADMIN.	COMIENZO (DÍA/MES/AÑO)	FINAL (DÍA/MES/AÑO)	INDICACIÓN DE USO
EN CASO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES, INDICAR				DATOS DEL MATERIAL VEGETAL			
NOMBRE COMERCIAL	FECHA DE VENCIMIENTO	N°LOTE/SERIE		RECOLECTADO: FRESCO <input type="checkbox"/>		SECO <input type="checkbox"/>	
				ADQUIRIDO:			
				HERBORISTERÍA <input type="checkbox"/>			
				FARMACIA <input type="checkbox"/>			
				VENDEDOR AMBULANTE <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE COMIENZO DEL EVENTO: ____/____/____				FECHA DE ESTE REPORTE: ____/____/____			
¿LA SUSPENSIÓN O REDUCCIÓN DE LA DOSIS DEL PRODUCTO Y/O MEDICAMENTO SOSPECHOSO CAUSÓ LA DISMINUCIÓN O DESAPARICIÓN DEL EVENTO ADVERSO?				RESULTADO			
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		NO SABE <input type="checkbox"/>		APELLIDO Y NOMBRE _____	
						LUGAR DE TRABAJO _____	
¿LA REEXPOSICIÓN AL PRODUCTO Y/O MEDICAMENTO SOSPECHOSO GENERÓ EL MISMO O SIMILAR EVENTO ADVERSO?				DIRECCIÓN _____			
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		NO SABE <input type="checkbox"/>		PROFESIÓN _____	
						TELÉFONO/FAX _____	
						E-MAIL _____	