

RESPUESTA COMERCIAL

Autorización núm. 12.548

B. O. C. núm. 55 de 25-6-93

A franquear en
destino

Centro de Farmacovigilancia de Aragón
Dirección General de Salud Pública
Apartado nº F.D. 141
50080 Zaragoza

REMITENTE

NOMBRE _____

DIRECCION _____

C.P. _____ POBLACION _____

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 las raras para el resto de fármacos (incluidos 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.) _____

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

Masculino

Femenino

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

* Para las vacunas, indique número de lote.

REACCIONES	Fechas (d/m/a)		Desenlace <small>(P. ej. mortal, recuperado, secuelas, etc.)</small>
	Comienzo	Final	

OBSERVACIONES ADICIONALES _____

Requirió ingreso SI
NO

PROFESIONAL QUE NOTIFICA Médico Odontólogo Farmacéutico DUE

Nombre _____

Dirección _____

Población _____

C.P. _____

Teléf. _____

...../...../.....
Firma

...../...../.....
Fecha

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas