

CONFIDENCIAL**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO**

- 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 y medicamentos homeopáticos y gases medicinales).
- 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.
- 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.
- No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.

NOMBRE DEL PACIENTE

Indique al menos las iniciales o el número de H.^º para facilitar el seguimiento y detección de casos duplicados.

Sexo Masculino Femenino

Edad _____

Peso (kg) _____

MEDICAMENTO (S)* (Indique el nombre comercial)	Dosis diaria y vía admón.	Fecha		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
(Véase nota 2)	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	

* Para las vacunas, indique el número de lote.

REACCIONES	Fecha		Desenlace (Por ej., recuperado secuelas, mortal, etc.)
	Comienzo	Final	
/...../...../...../.....	
/...../...../...../.....	
/...../...../...../.....	

OBSERVACIONES ADICIONALES

Requirió ingreso Sí
NO

(Emplee hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR

Nombre

Profesión

Especialidad

Centro de trabajo

Teléfono de contacto

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas

Marque con una cruz si quiere informe

Fecha _____ Firma _____

En cumplimiento de lo dispuesto en artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que el presente formulario se va a incorporar a un fichero de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Los derechos del interesado en cuanto a acceso, rectificación, cancelación y oposición serán informados por la citada Dirección General.