

TIPO DE REPORTE		Inicial	Seguimiento			
DATOS DEL PACIENTE						
Apellidos (*)				Nombre (*)		
Peso (*)		Edad (*)		Sexo (*)		
DESCRIPCIÓN DE EVENTO ADVERSO (Incluyendo su duración):						
Exámenes complementarios relevantes (con fecha y resultados): (*)						
Enfermedad de base y condiciones médicas relevantes (alergia, semanas de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc. : (*)						
Medicación adicional que esté consumiendo (incluyendo terapias alternativas): (*)						
RESULTADO						
Requirió tratamiento		Requirió o prolongó Hospitalización				
Recuperado íntegramente		Riesgo de vida				
Recuperado con secuelas		Malformación				
No recuperado aún		Otro				
Desconocido		Muerte . fecha				
MEDICAMENTO SOSPECHOSO						
Nombre	Dosis, frecuencia y vía de administración	Comienzo día/mes/año	Final día/mes/año	Indicación de uso	Lote No.	Fecha de expiración
La suspensión o reducción de la dosis del medicamento sospechoso causó la disminución o desaparición del evento adverso?				Si	No	No sabe
La reexposición al medicamento sospechoso generó el mismo o similar evento adverso?				Si	No	No sabe
Fecha de comienzo del evento: (d/m/a)			Fecha de este evento: (d/m/a)			
DATOS DE LA PERSONA CONTACTO			OBSERVACIONES e información adicional			
Nombre						
Dirección						
Teléfono						
Email						