CONFIDENCIAL

REPORTE DE EVENTO ADVERSO

Fecha de recepción del reporte: _____ /_____ /_____ Hora: _____

Datos de la persona que proporciona la información: _____

Nombre completo y/o iniciales:	
Quién reporta ¿es? Médico ( ) Enfermera ( ) Representante médico ( ) Paciente ( ) Familiar ( ) Otro ( ) especifique:	
Correo electrónico:	
Teléfono	Ocupación
Celular	Lugar de residencia
EN CASO DE SER NECESARIO ACEPTARIA SER CONTACTADO POR PERSONAL DEL LABORATORIO PARA SEGUIMIENTO DEL EVENTO INESPERADO SI ( ) NO ( )	

Datos del Paciente

Nombre/iniciales		
Género	Edad	Fecha de nacimiento
Peso	Estatura	

En caso de muerte: NA [ ]

Fecha de la defunción (DD/MM/AAAA)
Causa de la defunción:
Se realizó autopsia: SI [ ] NO [ ] DESCONOCIDO [ ]

En caso de embarazo: NA [ ]

Fecha de la última regla (DD/MM/AAAA)
Tiempo de embarazo:

Datos del Medicamento

Nombre del medicamento:	
Lote:	Fecha de caducidad:
Indicación:	
Dosis y frecuencia:	Vía de administración:
Fecha inicio del tratamiento:	Fecha término del tratamiento:

Medicamento(s) Concomitante(s)

Medicamento	Dosis	Vía de Adm.	Inicio DD-MM-AAAA	Término DD-MM-AAAA	Motivo de Prescripción

Avenida Paseo de la Reforma #296, 42nd floor, Mexico City, Mexico.

Historia Médica del Paciente

Enfermedad (Diagnóstico)	Fecha de Inicio DD-MM-AAAA	Continúa (SI/NO/DESCONOCE)

Datos de laboratorio y gabinete

Nombre del examen y/o estudio	Fecha	Resultado	Rango mayor	Rango menor

En caso de ser médico favor de responder las siguientes dos preguntas::

*¿Considera usted que los eventos adversos reportados están relacionados al uso del medicamento?

SI [ ] NO [ ]
¿Por qué?

*¿Cuál considera usted que sea el criterio de seriedad?

Serio [ ] No serio [ ]

En caso de ser SERIO, favor de señalar el criterio correspondiente:

( ) Muerte
( ) Hospitalización
( ) Incapacidad
( ) Otro: _____
( ) Importancia Médica
( ) Riesgo de vida
( ) Requiere intervención
( ) Anomalía congénita

Listado y descripción del (los) Evento(s) Adverso(s)

Evento adverso	Inicio del EA	Término del EA	Resultado (Recuperado/no recuperado/no se sabe)

Medidas terapéuticas tomadas como resultado del EA incluyeron tratamiento con:

Nombre del medicamento	Fecha de inicio	Fecha de término

En caso de que el paciente haya sido hospitalizado a causa del EA:

Fecha de ingreso	Fecha de alta	¿Continúa hospitalizado?
		SI [ ] NO [ ]

Datos de la persona que llenó este formato

Nombre:
Teléfono:

Comentarios:

Firma: _____

Avenida Paseo de la Reforma #296, 42nd floor, Mexico City, Mexico.