

BOLETA DE RECEPCIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS

DATOS DE QUIEN NOTIFICA

Nombre:
Número de Teléfono: Horario para contactar:
Dirección:
Profesión:
Paciente Encargado Médico Familiar Otro:

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: Fecha de nacimiento: Edad:
Género: F M Peso: Libras Talla Centímetros
¿Conoce al médico tratante del evento adverso?
¿Padecimientos crónicos?

INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO

Nombre del medicamento:
Principio activo:
Frecuencia de uso: Cada 24 hrs. Cada 12 hrs. Cada 8 hrs. Cada 6 hrs.
Otro:
Indicación:
Fecha de inicio del tratamiento:
Información adicional: Lote: Fecha de vencimiento:

MEDICAMENTOS ADICIONALES

Nombre del medicamento

Principio activo

.....
.....
.....

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Descripción del evento adverso:
.....
.....

Fecha en que ocurrió el evento: ¿Se resolvió el evento? Sí No
Fecha en que se resolvió el evento:
Estado del paciente:
Recuperado No Recuperado No recuperado con secuelas Fatal