


| | | |
|--|--|-----------------------------------|
|  | FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS | Fecha de Emisión Junio de 2023 |
| | | Versión: 01 |

FECHA DE NOTIFICACIÓN DD MM AA

A continuación, le solicitaremos información sobre el problema que presenta y el medicamento que usted considera es responsable del mismo. Es muy importante, para poder hacer una investigación adecuada que pueda entregarnos los datos solicitados de la forma más completa, veraz y oportuna, hasta donde tenga conocimiento. Por tanto, agradecemos intentar diligenciar la información de la manera más completa posible, sin embargo, si no tiene todos los datos, puede enviarnos el reporte con la información que pueda reunir.

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA


| | |
|-----------|--------------------|
| Nombre | Correo electrónico |
| Teléfono | |
| Ciudad | País |
| Dirección | |

INFORMACION DEL PACIENTE

| | |
|---|---|
| Iniciales del paciente | No. documento de identidad |
| Sexo <input type="text"/> <input type="text"/> | Fecha de nacimiento: <input type="text"/> |
| | Peso: <input type="text"/> Kg |
| Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> | Talla: <input type="text"/> cm |

INFORMACIÓN DEL PROBLEMA ASOCIADO AL USO DEL MEDICAMENTO

| |
|--|
| Nombre del medicamento |
| Fecha inicio consumo del medicamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
|  | FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS | Fecha de Emisión Junio de 2023 |
| | | Versión: 01 |

Motivo (s) por el que le formularon el medicamento:

Fecha inicio del problema asociado as uso del medicamento:

Describa con sus propias palabras y de la manera más detallada posible la situación presentada con el uso del medicamento:

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO
(ESTA INFORMACION SE PUEDE ENCONTRAR EN LA ETIQUETA Y/O CAJA DEL MEDICAMENTO)

| Laboratorio fabricante | Registro Sanitario | Lote | Fecha de vencimiento |
|------------------------|--------------------|------|----------------------|
| | | | |

INFORMACION DE LOS MEDICAMENTO UTILIZADOS (TODOS AQUELLOS DE LOS QUE TENGA CONOCIMIENTO)

| Nombre del medicamento | Dosis | Cada cuanto tiempo está(estuvo) utilizando el medicamento | Por cual vía utilizó el medicamento (oral, inyección intamuscular/vena, oftálmico, etc. |
|------------------------|-------|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

REPORTE TODA SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO: Eventos o reacciones esperadas o conocidas, leves, no serias y serias. De igual forma loseventos relacionados con posibles errores de medicación. Por favor enviar este reporte diligenciado lo más completo posible al correo: directortecnico@vonhallerlaboratorios.com