CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPEITA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. Por favor, notifique tódalas reaccións a fármacos recentemente introducidos no mercado e as reaccións graves ou raras a outros fármacos (vacinas, productos estomatolóxicos e quirúrxicos, DIU, suturas, lentes de contacto e líquidos tamén deben ser considerados medicamentos).
2. Notifique na primeira liña o fármaco que considere máis sospeitoso de produci-la reacción, ou ben poña un asterisco xunto ó nome dos medicamentos sospeitosos, se cre que hai máis dun.
3. Notifique tódolos demais fármacos, incluídos os de automedicación, tomados nos tres meses anteriores. Para as malformacións conxénitas, notifique tódolos fármacos tomados durante a xestación.
4. Non deixe de notificar por descoñecer unha parte da información que lle pedimos.

NOME DO PACIENTE

SEXO: Masculino ☐ Feminino ☐ IDADE ..... PESO (Kg.) .....

.....

(Coa finalidade de saber se se repetiu algunha reacción, indique tamén o número de historia para os pacientes hospitalizados)

MEDICAMENTO (S)* (Indique o nome comercial)	Dose diaria e vía de administ.	Datas		Motivo da prescripción
		Comezo	Final	
(Véxase nota 2)				

*Para as vacinas indique o número de lote.

REACCIÓNS ¿Deu lugar a reacción á hospitalización ou prolongación da mesma? Si ☐ Non ☐	Datas		Desenlace (P. ex. mortal, secuelas, etc.)
	Comezo	Final	

OBSERVACIÓNS ADICIONAIS

ORIXE DA NOTIFICACIÓN: ATENCIÓN PRIMARIA ☐ ATENCIÓN ESPECIALIZADA ☐ PRIVADO ☐ OUTROS .....
RESIDENCIA SOCIOSANITARIA ☐ FARMACIA COMUNITARIA ☐

NOTIFICADOR: MÉDICO ☐ FARMACÉUTICO ☐ A.T.S./D.U.E. ☐

Nome .....

Enderezo .....

Poboación .....

Teléfono ..../...../..... Data ..... Sinatura

Por favor, marque cunha cruz se necesita máis tarxetas ☐