

Ifa CELTICS®

FORMATO DE REPORTE INICIAL DE EVENTOS ADVERSOS

Datos Administrativos (para ser llenados por la Unidad de Farmacovigilancia):	
Ref. Local No.: / / /	Fecha de recepción en Ifa Celtics®:
¿Queja de Calidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, favor de otorgar los siguientes datos:	Lote No. Fecha de caducidad:
	¿Requiere seguimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se ha enviado formato de seguimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Datos del Reportante:			
Nombre:	Ciudad:	Teléfono (s):	E-mail:
Doctor/Farmacéutico/Enfermera/Paciente/Representante de Ventas/Autoridad Sanitaria/Abogado/Otro –por favor, especifique:			

Datos del Paciente: Nombre o Iniciales del paciente:	
Edad:	Fecha Nacimiento: / / Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso/talla:

Producto de Ifa Celtics® (relacionado con el Evento Adverso) (Nombre genérico y comercial)	Formulación (mg, g, ml, etc)	Dosis/ Frecuencia/ Vía Admón.	Fecha de inicio	Fecha de término	Indicación
			/ / /	/ / /	
			/ / /	/ / /	
			/ / /	/ / /	

Evento Adverso (Listar cada EA)	Fecha Aparición/ Fecha Término	Resultado	Relación con producto(s) de Ifa Celtics®
	/ /	<input type="checkbox"/> Resuelto <input type="checkbox"/> Secuelas <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> No resuelto <input type="checkbox"/> Empeoró <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> Posible <input type="checkbox"/> No Relacionado <input type="checkbox"/> Desconocido
	/ /	<input type="checkbox"/> Resuelto <input type="checkbox"/> Secuelas <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> No resuelto <input type="checkbox"/> Empeoró <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> Posible <input type="checkbox"/> No Relacionado <input type="checkbox"/> Desconocido
	/ /	<input type="checkbox"/> Resuelto <input type="checkbox"/> Secuelas <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> No resuelto <input type="checkbox"/> Empeoró <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> Posible <input type="checkbox"/> No Relacionado <input type="checkbox"/> Desconocido
	/ /	<input type="checkbox"/> Resuelto <input type="checkbox"/> Secuelas <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> No resuelto <input type="checkbox"/> Empeoró <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> Posible <input type="checkbox"/> No Relacionado <input type="checkbox"/> Desconocido

Seriedad:		
¿Falleció el paciente? <input type="checkbox"/>	Causa de la muerte: (si requiere más espacio, presione "intro" al final del renglón)	
¿Puso en riesgo la vida? <input type="checkbox"/>	¿Discapacidad severa o permanente? <input type="checkbox"/>	¿Requirió o prolongó la hospitalización? <input type="checkbox"/>
¿Anomalía congénita? <input type="checkbox"/>	¿Discapacidad severa o permanente? <input type="checkbox"/>	

Datos adicionales: (Por favor mencione la historia clínica, número de lote, fecha de caducidad y medicamentos concomitantes).