



OliMed
RIF.: J-30665280-9

FORMULARIO DE REPORTE DE EVENTO ADVERSO (Información Mínima)

1. Fármaco(s) sospechoso(s)

Fecha de inicio ___/___/___

Dosis:

Fecha de término ___/___/___

Razones de uso:

Medicación Concomitante:

Enfermedades concomitantes:

2. Detalles del que reporta

Profesional

Consumidor

Sin consentimiento para un seguimiento

Autorizo contactar médico

Nombre médico:

Datos contacto:

Nombre:

Dirección de trabajo:

E-mail:

Teléfono fijo:

Telf. móvil:

Nº Fax:

3. Detalles del paciente

Iniciales del paciente:

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento ___/___/___

4. Descripción de evento adverso:

Fecha de inicio del evento:

Resultado: Recuperado Fecha de recuperación ___/___/___

Todavía no se ha recuperado