

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
10000000
I. INFORMACION DEL NOTIFICADOR
Fecha del reporte
Nombre:
Dirección:
Teléfono:
Correo:
II. INFORMACIÓN DEL PACIENTE
Identificación del paciente:
Género:
Fecha de nacimiento
Edad

(A) (M) (D)

Peso (lbs)
Estatura (mts)
III. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO
Descripción del evento adverso.
Inicio del evento adverso.
Final del evento adverso.
La reacción desapareció al suspender el medicamento.
La reacción reapareció al reintroducir el medicamento.
IV. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO RESPONSABLE
Nombre del medicamento.
No. de lote.
Vía de administración.
Fecha de Expiración:
Código Interno.
Laboratorio.
Indicación.
Dosis.
Dosis.

Importante: Reportar o enviar inmediatamente la información del evento adverso o antes de que transcurran 24 horas de haber obtenido el reporte. La información puede transmitirse mediante:

Agencias J.I. Cohen
 Correo Electrónico: farmacovigilancia@jicohen.com
 Llamada Telefónica: 2328-1000, 2318-4130
 Calz. Roosevelt 6-19 zona 3 de Mixco, Guatemala, C.A.