

"Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales"



**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR USO DE
MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS, PRODUCTOS
VEGETALES Y/O PREPARADOS DE DROGAS VEGETALES**

País: Argentina		Provincia:		Exámenes complementarios relevantes (con fecha y resultado):															
TIPO DE EVENTO ADVERSO Efecto adverso ☐ Efecto tóxico ☐ Falta de efectividad ☐																			
DATOS DEL PACIENTE: Apellido..... Nombre..... Peso..... Edad..... Sexo.....				Enfermedad de base y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, desnutrición etc.):															
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO (incluyendo su duración) 								Medicación concomitante (incluyendo terapias alternativas):											
				Resultado <table style="width:100%;"> <tr> <td>Requirió tratamiento ☐</td> <td>Riesgo de vida ☐</td> </tr> <tr> <td>Recuperado ad integrum ☐</td> <td>Malformación ☐</td> </tr> <tr> <td>Recuperado con secuelas ☐</td> <td>Otro ☐</td> </tr> <tr> <td>No recuperado aún ☐</td> <td>Muerte; fecha: </td> </tr> <tr> <td>Desconocido ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Requirió o probó la hospitalización ☐</td> <td></td> </tr> </table>				Requirió tratamiento ☐	Riesgo de vida ☐	Recuperado ad integrum ☐	Malformación ☐	Recuperado con secuelas ☐	Otro ☐	No recuperado aún ☐	Muerte; fecha:	Desconocido ☐		Requirió o probó la hospitalización ☐	
								Requirió tratamiento ☐	Riesgo de vida ☐										
Recuperado ad integrum ☐	Malformación ☐																		
Recuperado con secuelas ☐	Otro ☐																		
No recuperado aún ☐	Muerte; fecha:																		
Desconocido ☐																			
Requirió o probó la hospitalización ☐																			
MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS Y/O PRODUCTOS PREPARADOS DE DROGAS VEGETALES SOSPECHOSOS																			
Nombre Común	Nombre Comercial	Parte usada de la planta	Forma de preparación farmacéutica	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo (Día/Mes/Año)	Final (Día/Mes/Año)	Indicación de uso												
EN CASO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES, INDICAR <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">Nombre Comercial</td> <td style="width:33%;">Fecha de vencimiento</td> <td style="width:33%;">N.º lote/serie</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Nombre Comercial	Fecha de vencimiento	N.º lote/serie										Fecha de comienzo del evento: ____/____/____ (Día/Mes/Año)		DATOS DEL MATERIAL VEGETAL Recolectado: Fresco ☐ Seco ☐ Adquirido: Herbolatería ☐ Farmacia ☐ Vendedor ambulante ☐ Otro ☐	
				Nombre Comercial	Fecha de vencimiento	N.º lote/serie													
Fecha de este reporte: ____/____/____ (Día/Mes/Año)																			
¿La suspensión o reducción de la dosis del producto y/o medicamento sospechoso causó la disminución o desaparición del evento adverso? Si ☐ No ☐ No sabe ☐				DATOS DEL COMUNICADOR Apellido y Nombre..... Lugar de trabajo..... Dirección..... Profesión..... Teléfono/Fax..... E-mail.....															
¿La reexposición al producto y/o medicamento sospechoso generó el mismo o similar evento adverso? Si ☐ No ☐ No sabe ☐																			
Av. de Mayo 869, piso 11. CP 1084. CABA. Tel: (011) 4340-0800. Int 1166. Fax: (011) 4340-0866 snfvo@anmat.gov.ar www.anmat.gov.ar																			