

POBLACION

DIRECCION

NOMBRE

REMITENTE:

RESPUESTA COMERCIAL

Franqueo  
en destino

**CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
DE EXTREMADURA**

**JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Sanidad y Consumo

*Dirección General de  
Consumo y Salud Comunitaria*

Servicio de Epidemiología

Apartado n.º 1 E.D.  
06800 MÉRIDA.

## CONFIDENCIAL

### NOTIFICACION DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos recientemente introducidos en el mercado y las reacciones graves o raras a otros fármacos (vacunas, productos estomatológicos y quirúrgicos, DIU, suturas, lentes de contacto y líquidos también deben ser considerados medicamentos).
2. Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción. O bien ponga un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si cree que hay más de uno.
3. Notifique todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.
4. No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.

#### NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso (Kg.) \_\_\_\_\_ Talla (cm.) \_\_\_\_\_  
 (Con la finalidad de saber si se ha repetido alguna reacción).  
 (Indique también el número de historia para los pacientes hospitalizados).

| FÁRMACO (S)*<br>(Indique el nombre comercial) | Dosis diaria y vía admón. | Fechas   |       | Motivo de la prescripción |
|---|---------------------------|----------|-------|---------------------------|
|   |                           | Comienzo | Final |                           |
| (Véase nota 2)                                |                           |          |       |                           |
|   |                           |          |       |                           |
|   |                           |          |       |                           |
|   |                           |          |       |                           |
|   |                           |          |       |                           |
|   |                           |          |       |                           |
|   |                           |          |       |                           |
|   |                           |          |       |                           |

\* Para las vacunas, indique número de lote.

| REACCIONES | Fechas   |       | Desenlace<br>(P. ej. mortal, recuperado secuelas, etc.) |
|------------|----------|-------|---|
|            | Comienzo | Final |   |
|            |          |       |   |
|            |          |       |   |
|            |          |       |   |
|            |          |       |   |

#### OBSERVACIONES ADICIONALES

#### PROFESIONAL QUE NOTIFICA:

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Población \_\_\_\_\_  
 Teléf. \_\_\_\_\_

Médico  (Especialidad) \_\_\_\_\_  
 Farmacéutico  \_\_\_\_\_  
 Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas

Por favor, marque con una cruz si necesita más información sobre su notificación.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_