

**NODO ODONTOLOGIA DE FARMACOVIGILANCIA,  
COSMETOVIGILANCIA Y MATERIOVIGILANCIA.**

Cátedra de Farmacología y Terapéutica – Farmacia Institucional.

Facultad de Odontología.

Universidad de la República.

Montevideo – Uruguay.

**Notificación de sospecha de Reacciones Adversas a Cosméticos y Materiales  
Dentales.**

Fecha:

Departamento:

Localidad:

**Datos del Paciente:** Apellidos:

Nombres:

Dirección:

Teléfono:

Edad:

Raza:

Sexo:

Peso:

Talla:

Semanas de embarazo:

**Descripción del evento al Cosmético o Materiales Dentales:**

Nombre comercial:

Número de registro de M.S.P.:

Fecha de fabricación:

Fecha de vencimiento:

Procedencia:

Finalidad terapéutica:

Vía de administración (superficie de aplicación):

Instrucciones de uso provistas (si o no):

Uso al que se destina el producto:

Descripción general de fallas o defectos:

Daños que puede provocar al usuario:

Daños provocados:

La supresión del Material Dental sospechado causó la desaparición o disminución del efecto adverso (si o no):

La reexposición al Material Dental sospechado generó el mismo o similar evento adverso (si o no):

**Datos del notificador:**

Nombre:

Lugar de trabajo:

Profesión:

Dirección:

Teléfono:

**Datos del Receptor:**

Nombre:

Fecha:

Firma: