

**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 Medicamentos.

Fecha:

Departamento:

Localidad:

Datos del Paciente: Apellidos:

Nombres:

Dirección:

Teléfono:

Edad:

Raza:

Sexo:

Peso:

Talla:

Semanas de embarazo:

Descripción del Medicamento:

Nombre comercial:

Nombre Genérico:

Fin Terapéutico:

Dosis Diaria:

Vía de administración:

Comienzo del Tratamiento:

Fin del Tratamiento:

Número de dosis recibidas:

Descripción de la reacción adversa y breve descripción del cuadro clínico del paciente:

Fecha y hora de la aparición del evento adverso:

Revierte espontáneamente:

Requirió tratamiento, cual:

La supresión o reducción de dosis del medicamento sospechado causó la desaparición o disminución del evento adverso (si o no):

Desenlace (recuperado o no, con secuelas o sin, pérdida de piezas dentarias, otras lesiones, Muerte):

Exámenes complementarios, cuales:

Condiciones Médicas Relevantes:

Otra medicación concomitante:

Si detecta un efecto beneficioso atribuible al medicamento no conocido hasta la fecha, puede consignarlo en este espacio:

Si sospecha de falta de respuesta terapéutica a un medicamento debe comunicarlo como efecto adverso.

Datos del notificador:

Nombre:

Lugar de trabajo:

Profesión:

Dirección:

Teléfono:

Datos del Receptor:

Nombre:

Fecha:

Firma: