SECRETARIA DE SALUD

INFORME DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS
(CONFIDENCIAL)

No. De Notificación (de acuerdo a origen)	No. De Notificación (general)	Fecha

La Secretaria de Salud vigila que los medicamentos que usted usa sean efectivos y seguros. Los medicamentos en algunos casos pueden ocasionarle molestias.

Mucho le agradeceremos nos reporte, cualquier reacción que considere fue causada por el mismo medicamento, los datos del mismo, ademas de que informe a su medico quien le orientará al respecto.

Nombre del Producto: _____
Número de lote: _____
Laboratorio Productor: _____
Fecha de caducidad: _____

FORMA FARMACEUTICA

Pastillas _____ capsulas _____ Inyecciones _____
Pomada _____ Supositorios _____ Jarabe _____
Otros: _____

Por favor marque con una X si tuvo alguna de estas molestias:

Dolor de Cabeza _____ Ardo de estómago _____ Sangrado _____
mareos _____ Alteraciones en la piel _____ Comezon _____
Naúseas _____ Aumento en sueño _____
Vómito _____ Diarrea _____

Si tuvo alguna otra reacción o tiene algun comentario extra nos será de mucha utilidad

RECETA MEDICA SI _____ NO _____
¿Quién le recomendo el medicamento?
Familiar _____ Farmaceutico _____ Otros _____

DATOS DE LA FARMACIA Y PROCEDENCIA DE LA NOTIFICACION
Nombre y Dirección de la Farmacia: _____
Telefono: _____
Fecha de recepcion en la farmacia: _____ Fecha de notificación: _____
Consumidor: _____

NOTA: EL ENVIO DE ESTE INFORME NO CONSTITUYE NECESARIAMENTE UNA ADMISION DE QUE EL MEDICAMENTO CAUSÓ UNA REACCION ADVERSA

CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
SUBDIRECCION DE FARMACOVIGILANCIA

Oklahoma No.14 Col. Napoles Deleg. Benito Juárez, D.F. Tel. 50805200 ext. 1452 C.P. 03810 email: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx