

	CORPORACIÓN AMICELCO, S.A. 5a. avenida 4-12 Zona 1, Guatemala, Guatemala Teléfonos: PBX (502) 2429-3300 / (502) 2420-3800. PBX(502) 2220-1627 Extensión Número: 4421 Correo electrónico: farmacovigilancia@amicelco.com.gt	Código: RA-____-____-____-____ (Número-día-mes-año)

CONFIDENCIAL

BOLETA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS

1. Notifique todas las sospechas de reacciones adversas a fármacos.
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 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 solicitada.
5. Los datos reportados en esta boleta son de carácter **CONFIDENCIAL**, estos serán tratados únicamente por personal autorizado para fines de farmacovigilancia. Al cumplir el plazo establecido en ley, serán eliminados. **Al llenar la boleta está dando su consentimiento de tratamiento de datos personales.**

L PACIENTE

Nombre:		Apellido:	
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Edad: Peso (Lbs.):	Historia Clínica:	

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO (S) (Indique el nombre genérico y/o comercial) (véase nota 2)	Dosis diaria y vía de administración	Fecha		Motivo de la Prescripción
		Inicio	Final	

Número de Lote:	Laboratorio:
-----------------	--------------

Tipo de Evento: ☐ Reacción Adversa al medicamento ☐ Falta de eficacia	☐ Otro relacionado al producto
---	---

REACCIONES	Fecha		Desenlace (Recuperado, secuelas, muerte, etc.)
	Inicio	Final	

OBSERVACIONES ADICIONALES:

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre:		Apellido:	
Centro de Trabajo:		Profesión/Especialidad:	
Email:	Teléfono:	Fecha:	