

1. DATOS DEL PACIENTE		Sexo		Edad	
Nombre		M		Peso (en libras)	
o Iniciales		F		No. de Historia Clínica	

2. MEDICAMENTOS SOSPECHOSOS DE LA REACCIÓN ADVERSA							
Nombre comercial o genérico	Dosis	Frecuencia	Vía de Administración	Lote	Motivo de prescripción	Fecha de Inicio	Fecha Final

3. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES							
Nombre comercial o genérico	Dosis	Frecuencia	Vía de Administración	Lote	Motivo de prescripción	Fecha de Inicio	Fecha Final

4.DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA	5.DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN NORMAL

6. MANEJO DEL EVENTO ADVERSO	Si	No	No sabe	7.RESULTADO DE LA REACCIÓN ADVERSA		
	La reacción desapareció luego de la suspensión del medicamento				Recuperado con secuela	
La reacción apareció luego de la re-administración del medicamento				Recuperado sin secuela		Sintomatología no asociada a la RAM
				No recuperado		No sabe

8. DATOS DEL NOTIFICADOR		8. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
Nombres		Nombre del establecimiento	
Apellidos		Dirección	
Profesión		Ciudad	
Dirección		Provincia	
Teléfono		Teléfono	
Correo electrónico		Correo electrónico	

11.FECHA DE REPORTE	12.REPORTE INICIAL	13.REPORTE DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES

**Comunicación directa**

Tel.: (809) 540-6133

Correo electrónico: [servicioalcliente@lsintesis.com](mailto:servicioalcliente@lsintesis.com)

**NOTA:** Toda la información descrita en esta notificación se manejará de manera confidencial.