

CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

- 1. Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos recientemente introducidos en el mercado (con ▼) y las reacciones graves o las raras para el resto de fármacos (incluidos vacunas, medicamentos publicitarios, radiofármacos, plantas medicinales, fórmulas magistrales, medicamentos homeopáticos y gases medicinales).
- 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 sospechosos, 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 que le pedimos.

NOMBRE DEL PACIENTE

Indique al menos las iniciales o el número de H.^a para facilitar el seguimiento y detección de casos duplicados.

Sexo Masculino Femenino

Edad _____

Peso (kg) _____

MEDICAMENTO (S)* (Indique el nombre comercial)	Dosis diaria y vía admón.	Fecha		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
(Véase nota 2)	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	
	/...../...../...../.....	

* Para las vacunas y otros medicamentos biológicos o biotecnológicos, indique el número de lote y el nombre completo del medicamento.

REACCIONES	Fecha		Desenlace (Por ej., recuperado secuelas, mortal, etc.)
	Comienzo	Final	
/...../...../...../.....	
/...../...../...../.....	
/...../...../...../.....	

OBSERVACIONES ADICIONALES Requirió ingreso SÍ NO

(Emplee hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR

Nombre / / Fecha

Profesión.....

Especialidad

Centro de trabajo

Teléfono de contacto

Correo electrónico Firma

Si desea informe, marque con una cruz

NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA EN: <https://www.notificaram.es>

REMITENTE

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN

Los datos personales recogidos serán tratados de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales y la Ley Orgánica 3/2018. La información relativa a la finalidad, destinatarios de los datos y cualquier información adicional podrá consultarla en www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el Responsable del Tratamiento, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid protecciondedatos.sanidad@madrid.org, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad, en su caso.

**CENTRO DE FARMACOVIGILANCIA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Consejería de Sanidad
Apartado n.º 543 F.D.
28080 MADRID**

**RESPUESTA COMERCIAL
Autorización n.º 11.924
B.O.C. n.º 74 de 22/9/82**

No necesita
franqueo
en destino

No necesita
sello