

País:		Provincia:		Código de identificación (ID local/global):														
<b>TIPO DE DESVÍO DE CALIDAD</b> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>Falta de efectividad</td> <td>Envase-empaque</td> <td>Problemas farmacotécnicos</td> <td>Contaminación</td> </tr> <tr> <td>Cambio de aspecto</td> <td>Rotulación</td> <td>Reacción adversa ligada a la calidad</td> <td>Otros</td> </tr> </table>							Falta de efectividad	Envase-empaque	Problemas farmacotécnicos	Contaminación	Cambio de aspecto	Rotulación	Reacción adversa ligada a la calidad	Otros				
Falta de efectividad	Envase-empaque	Problemas farmacotécnicos	Contaminación															
Cambio de aspecto	Rotulación	Reacción adversa ligada a la calidad	Otros															
<b>DATOS DEL PACIENTE</b> Apellido (iniciales) Nombre (iniciales) Peso      Edad      Sexo				<b>¿Qué resultados tuvo el desvío del paciente?</b> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>Requirió tratamiento</td> <td>Riesgo de vida</td> </tr> <tr> <td>Recuperado ad integrum</td> <td>Malformación</td> </tr> <tr> <td>Recuperado con secuelas</td> <td>Otro</td> </tr> <tr> <td>No recuperado aún</td> <td>Muerte; fecha:</td> </tr> <tr> <td>Desconocido</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Requirió o prolongó la hospitalización</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			Requirió tratamiento	Riesgo de vida	Recuperado ad integrum	Malformación	Recuperado con secuelas	Otro	No recuperado aún	Muerte; fecha:	Desconocido		Requirió o prolongó la hospitalización	<input type="text"/>
Requirió tratamiento	Riesgo de vida																	
Recuperado ad integrum	Malformación																	
Recuperado con secuelas	Otro																	
No recuperado aún	Muerte; fecha:																	
Desconocido																		
Requirió o prolongó la hospitalización	<input type="text"/>																	
<b>DESCRIPCIÓN DEL DESVÍO DE CALIDAD</b>				<b>Exámenes complementarios relevantes (con fecha y resultado):</b>														
				<b>Enfermedad de base y condiciones médicas relevantes (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc.):</b>														
				<b>Medicación concomitante (incluyendo terapias alternativas):</b>														
<b>¿El medicamento con el desvío se administró al paciente?</b> Sí      No  <b>¿La administración del medicamento al paciente causó un evento adverso?</b> Sí      No  <b>¿Cuál?</b>																		
<b>MEDICAMENTO CON EL DESVÍO</b>																		
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Forma farmacéutica	Dosis y vía de administración	Indicación de uso	Fecha de Vencimiento	Número de lote/serie												
<b>ENVÍO DE MUESTRA</b> <b>¿Se envía muestra del producto con desvío de calidad?</b> Sí      No <b>Cantidad de unidades enviadas:</b>				<b>DATOS DEL COMUNICADOR</b> Apellido y Nombre Lugar de trabajo Dirección Profesión Teléfono/Fax E-mail														
<b>Fecha de la detección del desvío y/o del evento:</b> (Día/Mes/Año)																		
<b>Fecha de este reporte:</b> (Día/Mes/Año)																		
<b>PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA</b>																		
<b>Imputabilidad</b>				<b>Notificación N°:</b>														
<b>Seriedad</b>																		