

	Proceso:	<b>DIRECCIÓN TÉCNICA</b>	CÓDIGO: <b>FO-DT-011</b>
		REGISTRO REPORTE DE PACIENTES	Versión: 01 PG-DT-001

### RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NOTIFICACIÓN

**REPORTE TODA SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO:** Eventos o reacciones esperadas o conocidas, leves, no serias y serias. De igual forma los eventos relacionados con posibles errores de medicación. Por favor enviar este reporte diligenciado lo más completo posible al correo [dtecnica@quimicapatric.com](mailto:dtecnica@quimicapatric.com)

A continuación, le solicitaremos información sobre el problema que presenta y el medicamento que usted considera es responsable del mismo. Es muy importante, para poder hacer una investigación adecuada que pueda entregarnos los datos solicitados de la forma más completa, veraz y oportuna, hasta donde tenga conocimiento. Por tanto, agradecemos intentar diligenciar la información de la manera más completa posible, sin embargo, si no tiene todos los datos, puede enviarnos el reporte con la información que pueda reunir.

Fecha de notificación:

### 1. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

Nombres y apellidos			
Numero Celular:			
Correo electrónico:			
País:		Ciudad:	
Dirección de domicilio:			

### 2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Iniciales del paciente:			
No. documento de identidad:			
Sexo:			
Fecha de nacimiento:			
Peso:			
Talla:			

### 3. INFORMACIÓN DEL PROBLEMA ASOCIADO AL USO DEL MEDICAMENTO

Nombre del medicamento:			
Fecha inicio consumo del medicamento:			
Motivo(s) por el que le formularon el medicamento:			
Fecha de inicio del problema asociado al uso del medicamento			

	Proceso:	CÓDIGO:	
	<b>DIRECCIÓN TÉCNICA</b>		<b>FO-DT-011</b>
	REGISTRO REPORTE DE PACIENTES		Versión: 01 PG-DT-001

Describa en sus propias palabras y de la manera más detallada posible la situación presentada con el uso del medicamento:

**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO**  
(ESTA INFORMACIÓN SE PUEDE ENCONTRAR EN LA ETIQUETA Y/O CAJA DEL MEDICAMENTO)

Laboratorio fabricante	Registro Sanitario	Lote	Fecha de vencimiento

**INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS (TODOS AQUELLOS DE LOS QUE TENGA CONOCIMIENTO)**

Nombre del medicamento	Dosis	Cada cuanto tiempo está (estuvo) utilizando el medicamento	Por cual vía se utilizó el medicamento (oral, inyección intramuscular, inyección en la vena, oftálmico, etc)