



Uso Exclusivo Gutis
Fecha recepción en el laboratorio: __/__/__ N° de notificación: _____

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A TIICOLCHICOSIDO

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Indicación general: Llenar esta notificación con *letra legible*

Sexo: M F Peso: _____ Kg Edad: _____

Comorbilidades:

Diagnóstico por el cual se le indica el producto:

Fecha de Última Menstruación:

Embarazo:

Tiempo de Gestación:

Frecuencia de Lactancia:

Lactancia:

Método anticonceptivo:

II. INFORMACIÓN SOBRE EL NOTIFICADOR

Nombre: _____ Profesión: _____ Lugar de trabajo: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Firma, sello y código

Fecha de reporte: __/__/__

Nombre y firma de representante que recibe notificación