

Formulario Oficial (tarjeta amarilla) para notificación espontánea de sospechas de evento adverso.



CONFIDENCIAL

NOTIFICACION DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A UN MEDICAMENTO

CNFV ID N°

Nombre paciente:

Cédula:

Género: Masculino Femenino Peso (kg): Edad:

MEDICAMENTO (S)*			Dosis diaria	Via de adm.	Fecha de tratamiento		Motivo de la prescripción
Nombre	Laboratorio	N° de Lote			Inicio	Final	

Tipo de notificación Reacción adversa
 Falla terapéutica

Reacción adversa (describa el evento)

Fecha del evento

Inicio	Final

Desenlace

Persiste
 Recuperado con secuelas
 Recuperado sin secuelas
 Mortal
 Otros (describa)

1) La reacción mejoró al retirar el medicamento:
 Sí No Desconocido

2) Hubo reexposición al medicamento:
 Sí No Desconocido

3) Se presentó de nuevo la reacción (en reexpo):
 Sí No

4) Requirió ingreso hospitalario:
 Sí No

OBSERVACIONES ADICIONALES:
(Emlpee hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR:

Nombre:

Profesión:

Especialidad:

Lugar de trabajo:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Fecha de reporte:

Firma y sello

Código:

Contáctenos: www.ministeriodesalud.go.cr