



SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA SOLICITUD DE INFORMACIÓN

| | | | | | | | |
|--|------------------|-----------------------------------|---|-------------------|-------------------|------------------|--------------|
| País: Argentina | Provincia: | | MOTIVO DE LA SOLICITUD | | | | |
| TIPO DE SOLICITUD Solicitud de información solamente <input type="checkbox"/> Solicitud de información y envío de notificación <input type="checkbox"/> Solicitud de información y envío de documentación adicional <input type="checkbox"/> | | | Reacción Adversa a Medicamento <input type="checkbox"/> Evento Supuestamente Atribuible a Vacunación o Inmunización <input type="checkbox"/> Falta de Eficacia <input type="checkbox"/> Desvío de Calidad <input type="checkbox"/> Medicamento Herbario <input type="checkbox"/> Error de Medicación <input type="checkbox"/> Compatibilidad <input type="checkbox"/> Estabilidad <input type="checkbox"/> Alertas nacionales de seguridad <input type="checkbox"/> Alertas internacionales de seguridad <input type="checkbox"/> Aspecto puntual de seguridad <input type="checkbox"/> Normativa de Farmacovigilancia <input type="checkbox"/> Otro: | | | | |
| DETALLE DE LA CONSULTA/INFORMACIÓN SOLICITADA | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS EN LA SOLICITUD (si corresponde) | | | | | | | |
| Nombre Genérico | Nombre Comercial | Dosis, frecuencia y vía de admin. | Comienzo Día/Mes/Año | Final Día/Mes/Año | Indicación de uso | Fecha de vencim. | N°Lote/serie |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ¿Hubo alguna reacción adversa u otro problema relacionado con los medicamentos asociados a la presente solicitud de información? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, debe adjuntar la correspondiente notificación. | | | DATOS DEL SOLICITANTE DE LA INFORMACIÓN Apellido y Nombre..... Lugar de trabajo..... Dirección..... Profesión..... Teléfono/Fax..... E-mail..... | | | | |
| ¿Adjunta referencias bibliográficas u otra información para apoyar la consulta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar | | | | | | | |
| Uso destinado a la información solicitada..... | | | Fecha de la solicitud de información: / / (Día/Mes/Año) | | | | |
| PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA | | | | | | | |
| Solicitud N°: | | | Vinculada a notificación N°: | | | | |
| Urgencia: | | | Código ATC: | | | | |
| Alsina 671, 1° Piso, Entrepiso. CP C1087AAI. CABA. Tel: (011) 4340-0800. Int 1166. Fax: (011): 4340-0866 depto.snfv@anmat.gob.ar www.argentina.gob.ar/anmat | | | | | | | |