



**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				Fecha de la solicitud de información: / / (Día/Mes/Año)			
Uso destinado a la información solicitada.....							
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 snfvg@anmat.gov.ar www.anmat.gov.ar							