

Formulario de notificación

Reporte inicial <input type="checkbox"/>	Fecha del reporte:			
Reporte de seguimiento <input type="checkbox"/>	_____			
	dd/mm/aaaa			
DATOS DEL PACIENTE				
Iniciales: (nombre- apellido)				
Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo	Peso (kg)	Talla (cm)

dd/mm/aaaa				
Provincia:		Localidad:		
		País:		
TIPO DE NOTIFICACIÓN (marcar con una cruz)				
Sospecha de reacción adversa a medicamentos	<input type="checkbox"/>	Falta de eficacia	<input type="checkbox"/>	
Error de medicación	<input type="checkbox"/>	Exposición a embarazo	<input type="checkbox"/>	
Otros reclamos (problemas del medicamento/ desvíos de calidad)	<input type="checkbox"/>			
DESCRIPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN (Provea una descripción narrativa adicional a la información no capturada en otra parte del formulario, ejemplo signos, síntoma, curso de la hospitalización, otros detalles del tratamiento, procedimientos quirúrgicos)				
Fecha de comienzo del evento:				

dd/mm/aaaa				

Formulario de Exposición en el Embarazo a Binap

INFORMACIÓN Y MEDICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA					
País: Argentina		Provincia:		Ciudad:	
Indicación de Binap:	Vía de administración	Fecha de administración ____/____/____ día mes año	Iniciales del paciente (nombre-apellido): _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ día mes año Edad (años): _____	Talla (cm)	Peso (kg)
INFORMACIÓN DEL EMBARAZO					
Tipo de notificación	Fecha diagnóstico embarazo	Fecha aproximada embarazo	Fecha estimada de parto		
<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento	____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año	____/____/____ día mes año		
Riesgos del embarazo					
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Otros (especificar, a continuación)			
Descripción del curso actual del embarazo (ecografía fetal, amniocentesis, valores de laboratorio, etc.)					
Adjunte documentación si es necesario.					

Descripción del curso del parto		
<input type="checkbox"/> Parto vaginal	<input type="checkbox"/> Cirugía vaginal en el parto	<input type="checkbox"/> Cesárea
Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)		
<input type="checkbox"/> No se conoce información al respecto		
Información adicional (p.ej.: indicar medicación concomitante, historia clínica, duración del embarazo, embarazo ectópico, etc.) Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)		
INFORMACION DEL DESCENLACE DEL EMBARAZO		
Nacimiento con vida: Niño(s) sano(s) <input type="checkbox"/> Duración del embarazo (semanas) _____ Número de niños que nacieron _____ Por cada niño, especifique: Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg) _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg) _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso al nacer (kg) _____ Anomalía Congénita <input type="checkbox"/> Especifique tipo/s: Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)		
-Muerte Neonatal <input type="checkbox"/> Fecha: ___/___/___ Especifique causa: Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)		
-Aborto espontáneo (menos de 20 semanas de embarazo) <input type="checkbox"/> Fecha: ___/___/___		

<p>-Muerte fetal prematura (entre 20 y 27 semanas de embarazo) <input type="checkbox"/></p> <p>-Muerte fetal tardía (más de 28 semanas de embarazo) <input type="checkbox"/></p> <p>-Otro (especifique) _____</p>	<p>Fecha: __/__/__</p> <p>Fecha: __/__/__</p> <p>Fecha: __/__/__</p>
<p>Muerte materna</p> <p>Causa de muerte: Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)</p>	<p>Fecha: __/__/__</p>
INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR	
<p>Nombre y apellido: Dirección profesional: Teléfono: E-mail: Consiente hacer seguimiento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Especialidad: Código Postal:</p>
<p>Complete y envíe este formulario a Farmacovigilancia de Varifarma: farmacovigilancia@varifarma.com.ar</p> <p>BINAP SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS.</p>	