

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA MEDICAMENTO.

BUENAS TARDES

1. FECHA DE INICIO Y TERMINO DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO.

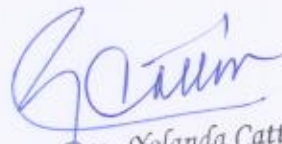
PACIENTE INICIA TRATAMIENTO HACE 5 AÑOS CON NEUROLOGIA NO RECUERDA
FECHA EN ESPECIFICO, ELLA SOLO USO EL DÍA MIÉRCOLES 25 DE JUNIO.

2. SOLO SE INDICA EL MES Y AÑO DE LAS REACCIONES ADVERSAS.

PACIENTE REFIERE QUE EL DOCTOR ENVIA A TOMAR CLOPIDOGREL SOLO LOS DÍAS
MIÉRCOLES Y JUEVES POR ENDE SOLO LA TOMO EL DÍA MIÉRCOLES 25 DE JUNIO.

3. EN LA ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA EN LA COLUMNA 4 SE
INDICA QUE NO READMINISTRO EL MEDICAMENTO SOSPECHOSO, SIN EMBARGO:
PACIENTE NO VOLVIO A TOMAR MAS EL MEDICAMENTO YA QUE NO REAPARECIERON
LOS SÍNTOMAS.

4. FECHA DE INICIO Y TERMINO DE MEDICAMENTO CON COMITANTE SOLO EL 25 DE
JUNIO.



Dra. Yolanda Cattán
Medico General
Reg. 6114 - Cod. 870
Pol. Dr. Gustavo A. Ros