

Estimado(a) Sr(a) Estrada

Iniciales del paciente: C.G.	Sexo del paciente: Femenino	Fecha de nacimiento del paciente/edad: agosto 1982
	Female	/
Producto(s) (medicamento/dispositivo)* * los nombres mencionados son marcas comerciales del grupo de empresas de AstraZeneca	OLAPARIB	
Eventos adversos o situaciones especiales:	NAUSEA	
Revista/Artículo/Referencia:	Not Applicable	

Por favor complete, lo mejor que pueda, las siguientes preguntas para obtener aclaración:

1. Indique la edad o la fecha de nacimiento del paciente.
2. ¿Cuándo comenzó el evento NAUSEA? **Al iniciar medicacion**
3. ¿Se cambió el tratamiento con OLAPARIB debido al evento? En caso afirmativo, ¿cómo?**no**
4. Proporcione la fecha de inicio del tratamiento para OLAPARIB.**noviembre 2024**
5. Proporcione el resultado de cualquier análisis de laboratorio (p. ej., muestras de sangre). Incluya la fecha/análisis de laboratorio y el resultado.
6. ¿Tomaba el paciente alguna medicación concomitante? En caso afirmativo, indique los medicamentos que toma.**no**
7. Proporcione los antecedentes médicos relevantes del paciente, incluidos otras afecciones/diagnósticos, factores de riesgo y procedimientos.**ca mama**
8. Proporcione cualquier otra información que considere que puede ser relevante para este informe de caso.**ninuguna**