|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONFIDENCIAL / *CONFIDENCIAL*  Notificació de sospita de reacció adversa a un medicament Notificación de sospecha de reacción adversa a un medicamento | | | | | | | | | |
| 1. Per favor, notificau totes les reaccions a fàrmacs sotmesos a un seguiment addicional ( ) i les reaccions greus o estranyes a altres fàrmacs (inclosos vacunes, medicaments publicitaris, radiofàrmacs, plantes medicinals, fórmules magistrals, gasos medicinals i medicaments homeopàtics) 2. Notificau en la primera línia el fàrmac que considereu més sospitós d’haver produït la reacció, o bé, poseu un asterisc devora el nom dels medicaments sospitosos, si creieu que n’hi ha més d’un. 3. Notificau tots els altres fàrmacs, inclosos els d’automedicació, presos en els tres mesos anteriors. Per a les malformacions congènites, notificau tots els fàrmacs presos durant la gestació. 4. No deixeu de notificar per desconèixer una part de la informació que us demanam. | | | 1. *Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos sujetos a un seguimiento adicional ( ) y las reacciones graves o raras a otros fármacos (incluidos vacunas, medicamentos publicitarios, radiofármacos, plantas medicinales, fórmulas magistrales, gases medicinales y medicamentos homeopáticos)* 2. *Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción, o bien ponga un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si cree que hay más de uno.* 3. *Notifique todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.* 4. *No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.* | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| NOM DEL PACIENT / NOMBRE DEL PACIENTE | | | Sexe / Sexo | | Edat / *Edad* | | | | Pes (Kg.) / *Peso (Kg.)* |
|  | | | □ Masculí / masculino | |  | | | |  |
| …………………………………………………………………….. | | | □ Femení / femenino | | ………………. | | | | ………………………….. |
| (Amb la finalitat de saber si s’ha repetit alguna reacció, indicau també el número d’història per als pacients hospitalitzats)  *(Con la finalidad de saber si se ha repetido alguna reacción, indique también el número de historia para los pacientes hospitalizados)* | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **MEDICAMENT (S)\* / *MEDICAMENTOS (S)*\***  (Indicau el nom comercial / *Indique el nombre comercial*) | Dosi diària i via admin.  *Dosis diaria y vía admón.* | | | Data / *Fecha* | | | | | Motiu de la prescripció Motivo de la prescripción |
| Inici / *Inicio* | | Final | | |
| (Vegeu-ne nota 2 / *Véase nota 2*) |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
| \* Per a les vacunes, indicau el número de lot / *\* Para las vacunas, indique el número de lote.* | | | | | | | | | |
| REACCIONS / *REACCIONES* |  | | | Data / *Fecha* | | | | | Desenllaç / Desenlace  (P. ex. Recuperat, seqüeles, mortal, etc.)  (P. ej. Recuperado, secuelas, mortal, etc.) |
| Inici / *Inicio* | | Final | | |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
|  |  | | | …../…../….. | | …../…../….. | | |  |
| PERSONA QUE NOTIFICA | | | |  | |  | | |  |
| Nom / N*ombre………………………………………………………………………* | | □ Metge / *Médico* □ Farmacèutic □ DUE/ATS □ Altres/Otros  / *Farmacéutico* | | | | | | | |
| Adreça / *Dirección……………………………………………………………………* | | Especialitat  *Especialidad…………………………* | | | | | Centre de treball Centro de trabajo………………………… | | |
| Població / *Población………………………………………………………* | |  | | | | | | | |
| Telèfon de contacte / *Teléfono de contacto……………………………* | | Data / *Fecha ………/………/………* | | | | | | Signatura / *Firma* | |
|  | |  | | | | | |  | |
| E-mail*………………………………………………………………………* | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| Per favor, marqueu amb una creu si necessitau més targetes / *Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas* □ | | | | | | | | | |
| Per favor, marqueu amb una creu si voleu informació addicional / *Por favor, marque con una cruz si quiere información adicional* □ | | | | | | | | | |
| Direcció General de Planificació, Avaluació i Farmàcia  Secció de Farmacovigilància  C/ Jesús, 38a – 07010 Palma de Mallorca  Telèfon: 971 177383/ 971 177879 – FAX: 971176394  Correu electrònic: [fvigilan@dgfarmacia.caib.es](mailto:fvigilan@dgfarmacia.caib.es)  Web: <http://controldelmedicament.caib.es> | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |