|  |
| --- |
| **FORMULARIO PARA REPORTES DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS.****POR EL USO DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS****Droguería Ramón González Revilla.** |
|

|  |
| --- |
| **1-Datos importantes.** |
|  Nombre del propietario: |
|  Cedula: |
|  Dirección: |
|  Teléfonos.: |
|

|  |
| --- |
| **Datos del paciente.** |
| Especie: |
| Edad: |
| Sexo: |
| Raza: |

 |

 |
| **2-Medicamento sospechoso de producir el efecto indeseado.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicamento. | Presentación. | Dosis y duración del tratamiento. | Fecha de inicio del tratamiento | Indicación principal. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| **3- Reacciones adversas.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dolor, salivación, temblores, debilidad,  | Requirió atención médica. | Requirió hospitalización | Tiempo transcurrido entre la aplicación del medicamento y el inicio de la reacción adversa.  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| **4- vía de aplicación del medicamento.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4- Otros medicamentos que le recetaron. | Presentación y vía de aplicación. | Duración del tratamiento. | Fecha de inicio del tratamiento. | Indicación principal. |
|   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5- Que hizo cuando apareció el efecto indeseado­.** | **Si.** | **No.** | **Posterior al efecto no deseado.** | **Si**  | **No.** |
| Dejo de usar el medicamento sospechoso. |  |  | Se recuperó el paciente de forma espontánea. |  |  |
| Disminuyo el efecto no deseado al suspender el medicamento. |  |  | Amerito tratamiento. |  |  |
| Ha usado el medicamento sospechoso en otras ocasiones. |  |  | Se recuperó, pero quedo con algún da­ño. |  |  |
| Ha visto efectos no deseados en otras ocasiones. |  |  | Murió. |  |  |

|  |
| --- |
| Desea agregar algo más. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Reporte de efectos no deseado presentado por.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Propietario. | Encargado. | Médico veterinario. |
| Nombre: |  |  |  |
| Firma: |  |  |  |
| Fecha: |  |  |  |

 |