**Formato de Reporte de Evento e Incidente Adverso**

Puede realizar su reporte completando el siguiente formulario para poder enviar su informe de evento o incidente adverso al correo: [reclamos@fresenius-kabi.pe](mailto:reclamos@fresenius-kabi.pe)

**Datos del notificador:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Teléfono | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Ciudad | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| ¿Es usted profesional de la salud? | Sí  No |

**Identificación del paciente:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre o iniciales | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | |
| Fecha de nacimiento | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Edad | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Género | Femenino | | Masculino | |
| En caso de ser femenino, ¿está usted embarazada? | | Sí | | No |
| En caso de ser femenino, ¿está usted en periodo de lactancia? | | Sí | | No |

**Datos de fármaco/dispositivo médico sospechoso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del producto de Fresenius Kabi (Fármaco / Dispositivo médico) | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |
| Presentación | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Lote o serie (si es visible o disponible) | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Fecha de Vto. (si es visible o disponible): | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Acciones tomadas con el producto (Fármaco / Dispositivo Médico) | Se desechó | | Se conserva |

**Evento adverso / incidente adverso**

Descripción del evento adverso/incidente adverso

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha aproximada en que sucedió el evento o incidente adverso | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | |
| Fecha de fin de evento o incidente adverso | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | |
| ¿El paciente presentó mejoría después de la interrupción del producto (Fármaco / Dispositivo Médico)? | Se desechó | | Se conserva | |
| Desenlace, el estado del paciente actualmente es: | Recuperado | No recuperado | | Desconocido |