



Formulario de Recogida de Sospechas de Reacciones Adversas
(Información Mínima: Para Consumidor/Paciente)
Departamento de Farmacovigilancia - Grünenthal Pharma, S.A.
Fax: 91 301 93 04

1. Medicamento(s) Sospechoso(s):

Medicamento(s) de Grünenthal:

Dosis:

Fecha inicio tratamiento:

Fecha fin tratamiento:

Indicación:

Medicación concomitante:

2. Información del Notificador:

Consumidor

3. Información del paciente:

Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento / edad:

4. Acontecimiento adverso:

Descripción:

Día del comienzo del evento:

Desenlace: Recuperado Fecha recuperación: No recuperado todavía

Indicar si la Reacción Adversa (RA) causa:

Fallecimiento

La vida del paciente ha estado en peligro

Hospitalización Prolongación Hospitalización

Reacción Adversa clínicamente relevante

Incapacidad permanente o significativa

Anomalía congénita / defecto nacimiento

Información adicional como historia clínica / enfermedad(es) presente(s):

Para Uso de GRT sólo **Fecha Informe Inicial:**

Por favor, para cualquier pregunta o consulta, póngase en contacto con nosotros en el teléfono indicado en esta página web.

Muchas gracias por su colaboración, ya que nos permite cumplir con nuestro compromiso como compañía de mantener la seguridad de nuestros pacientes y nuestros fármacos.