



1. Medicamento(s) Sospechoso(s):

Medicamento(s) de Grünenthal:

Dosis:

Fecha inicio tratamiento:

Fecha fin tratamiento:

Indicación:

Medicación concomitante:

2. Información del Notificador:

Profesional Sanitario Consumidor No consiente hacer seguimiento

Nombre (sólo si es profesional sanitario):

Dirección profesional:

Código Postal:

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 ayuda y colaboración, ya que nos permite cumplir con nuestro compromiso como compañía de mantener la Seguridad de nuestros pacientes y nuestros fármacos.