

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Fecha de la notificación*:

Iniciales del paciente*:

Edad del paciente*:

Sexo del paciente:

Medicamento*:

¿Ha tenido una reacción adversa*?

- Sí / No
- En caso afirmativo, cuál*:

¿En qué fecha ocurrió?*

¿Ha consultado a un profesional de la salud (médico, farmacéutico, ...)? *

- Sí / No
- En caso afirmativo, ¿cuál es el diagnóstico médico*?

¿Ha dejado de tomar el tratamiento?

- Sí / No

¿Acepta que un experto de Stallergenes Greer lo contacte para obtener más datos sobre su notificación?

- Sí / No
- En caso afirmativo, por favor indique sus datos de contacto:

* Campos obligatorios