

**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

---