

**Formulario de notificación**

<b>Reporte inicial</b> <input type="checkbox"/>	<b>Fecha del reporte:</b>			
<b>Reporte de seguimiento</b> <input type="checkbox"/>	dd/mm/aaaa			
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>				
<b>Iniciales:</b> (nombre- apellido)				
<b>Fecha de nacimiento:</b> dd/mm/aaaa	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Peso (kg)</b>	<b>Talla (cm)</b>
<b>Provincia:</b>		<b>Localidad:</b>		
		<b>País:</b>		
<b>TIPO DE NOTIFICACIÓN</b> (marcar con una cruz)				
<b>Sospecha de reacción adversa a medicamentos</b>		<input type="checkbox"/>	<b>Falta de eficacia</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Error de medicación</b>		<input type="checkbox"/>	<b>Exposición a embarazo</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Otros reclamos (problemas del medicamento/ desvíos de calidad)</b>		<input type="checkbox"/>		
<b>DESCRIPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN</b> (Provea una descripción narrativa adicional a la información no capturada en otra parte del formulario, ejemplo signos, síntoma, curso de la hospitalización, otros detalles del tratamiento, procedimientos quirúrgicos)				
<b>Fecha de comienzo del evento:</b>				
dd/mm/aaaa				

Formulario de Exposición en el Embarazo a Binap

INFORMACIÓN Y MEDICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA						
País: Argentina	Provincia:	Ciudad:				
Indicación de Binap:	Vía de administración	Fecha de administración ____ / ____ / ____ día mes año	Iniciales del paciente (nombre-apellido): _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ día mes año	Talla (cm)	Peso (kg)	Edad (años):
INFORMACIÓN DEL EMBARAZO						
Tipo de notificación	Fecha diagnóstico embarazo	Fecha aproximada embarazo	Fecha estimada de parto			
<input type="checkbox"/> Inicial	____ / ____ / ____ día mes año	____ / ____ / ____ día mes año	____ / ____ / ____ día mes año			
<input type="checkbox"/> Seguimiento						
Riesgos del embarazo						
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Otros (especificar, a continuación)				
Descripción del curso actual del embarazo (ecografía fetal, amniocentesis, valores de laboratorio, etc.)						
Adjunte documentación si es necesario.						

<b>Descripción del curso del parto</b>			
<input type="checkbox"/> Parto vaginal	<input type="checkbox"/> Cirugía vaginal en el parto	<input type="checkbox"/> Cesárea	
Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)			
<input type="checkbox"/> No se conoce información al respecto			
<b>Información adicional</b> (p.ej.: indicar medicación concomitante, historia clínica, duración del embarazo, embarazo ectópico, etc.)			
Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)			
<b>INFORMACION DEL DESCENLACE DEL EMBARAZO</b>			
<b>Nacimiento con vida:</b>			
Niño(s) sano(s) <input type="checkbox"/>			
Duración del embarazo (semanas) _____			
Número de niños que nacieron _____			
Por cada niño, especifique:			
Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Peso al nacer (kg) _____
Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Peso al nacer (kg) _____
Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Peso al nacer (kg) _____
Anomalía Congénita <input type="checkbox"/>			
Especifique tipo/s:			
Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)			
<b>-Muerte Neonatal</b> <input type="checkbox"/> Fecha: ____ / ____ / ____			
Especifique causa:			
Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)			
<b>-Aborto espontáneo (menos de 20 semanas de embarazo)</b> <input type="checkbox"/> Fecha: ____ / ____ / ____			

<p>-Muerte fetal prematura (entre 20 y 27 semanas de embarazo) <input type="checkbox"/></p> <p>-Muerte fetal tardía (más de 28 semanas de embarazo) <input type="checkbox"/></p> <p>-Otro (especifique) _____</p>	<p>Fecha: ____/____/____</p> <p>Fecha: ____/____/____</p> <p>Fecha: ____/____/____</p>
<p><b>Muerte materna</b></p> <p><b>Causa de muerte:</b> Por favor, adjunte o explique información adicional (si aplica)</p>	<p>Fecha: ____/____/____</p>
<p><b>INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR</b></p> <p>Nombre y apellido: _____</p> <p>Dirección profesional: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>E-mail: _____</p> <p>Consiente hacer seguimiento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Complete y envíe este formulario a Farmacovigilancia de Varifarma: <a href="mailto:farmacovigilancia@varifarma.com.ar">farmacovigilancia@varifarma.com.ar</a></p> <p><b>BINAP SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS.</b></p>	