

Misop[®]25

Planilla de Registro de casos

FOR-DT-002v03:

PLANILLA DE REGISTRO

INSTITUCIÓN: **DIRECTOR:**Dr.....

1- Nº DE HISTORIA CLÍNICA 2- FECHA.....

3- INICIALES DE LA PACIENTE..... 4- EDAD

5- EDAD GESTACIONAL POR ECOGRAFÍA

6- INDICACIÓN

7- DOSIS UTILIZADA

8- COMENTARIOS ADICIONALES DEL MÉDICO PRESCRIPTOR.....

.....

9- FIRMA, ACLARACIÓN Y MATRÍCULA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

10- FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO / RESPONSABLE DE GUARDIA

ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE MANEJO DE RIESGOS. ANTE CUALQUIER CONSULTA, RECLAMO O NOTIFICACION DE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS COMUNICARSE POR VIA TELEFONICA AL 0800-333-6476 (MISOP), VIA MAIL A LA DIRECCION misop@labdominguez.com.ar, O AL DEPARTAMENTO DE FARMACOVIGILANCIA DE LA A.N.M.A.T AL TELEFONO 4340-0866