

**MISOP 25**

## PLANILLA DE REGISTRO DE CASO

**INSTITUCIÓN:** ..... **DIRECTOR:** Dr.....

- 1- N° 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 0800-112-6476 (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**