

MISOP 25

PLANILLA DE REGISTRO DE CASO

INSTITUCIÓN: **DIRECTOR:** Dr.....

1- N° DE HISTORIA CLÍNICA2- 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