



Lo invitamos a recorrer el **Instructivo de Reporte de sospechas de reacción adversa**

Ver Instructivo





Welcome to AstraZeneca Medical

You can use this site to report an adverse event or product quality complaint. You can also ask a medical information inquiry.

Your location *

Mexico



- Malaysia
- Maldives
- Mali
- Malta
- Marshall Islands
- Mauritania
- Mauritius
- Mexico**
- Micronesia
- Moldova / Молдова

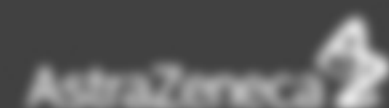
Language *

Español



Start

Elija su país de residencia



¿En qué podemos ayudarte? *

Seleccione todas las opciones que correspondan

Informar de un evento adverso
Los eventos adversos se pueden conocer como efectos secundarios y se consideran eventos/reacciones indeseados o inesperados por parte de un medicamento o un dispositivo.

Solicitar información médica
Las consultas de información médica son preguntas médicas o científicas relacionadas con nuestros medicamentos y dispositivos.

Informar de una queja de calidad de producto
Las quejas de calidad del producto se refieren a un problema físico con un medicamento o un dispositivo y/o su embalaje.

Completar campos obligatorios

¿Cuál te describe mejor? *

Soy un...

Paciente Profesional de la salud/Personal de Salud

Cuidador/Amigo/Familiar /Otro Empleado AstraZeneca/Vendedor

Completar campos obligatorios

Marque si es "paciente"

¿Quién es el notificador? *

Paciente

Cuidador/Amigo/Familiar /Otro

Profesional de Salud

Información del paciente

Completar con datos personales

Saludo

Nombre

Apellido *

Completar campos obligatorios

¿ Podemos ponernos en contacto con usted si tenemos preguntas adicionales y para responder a su solicitud? *

Sí

No

Demografía

Fecha de nacimiento

Edad

Grupo Etario

Marque si es "Cuidador"

¿Quién es el notificador? *

Paciente

Cuidador/Amigo/Familiar /Otro

Profesional de Salud

Cuidador

Completar con datos del cuidador

Saludo

Nombre

Apellido *

Su relación con el paciente *

Completar campos obligatorios

¿ Podemos ponernos en contacto con usted si tenemos preguntas adicionales y para responder a su solicitud? *

Sí

No

Información del paciente

Iniciales del paciente

Demografía

Completar con datos personales

Fecha de nacimiento Edad Grupo Etario

DD MM AAAA

Género al nacer *

Femenino

Etnia

Hispanico

Imperial

Métrica

Altura

Peso

Medicamento/Dispositivo relacionado con el evento adverso

Por favor agregue cada medicamento/dispositivo de manera separada utilizando el botón de Añadir medicamento/Dispositivo

Completar la información de sus medicamentos

Completar la información de sus medicamentos

Medicamento/Dispositivo *

Forxiga ✕

Número de lote/lote * Desconocido

Fecha de caducidad

DD MM AAAA

¿Por qué se toma este medicamento?

¿Cómo se toma este medicamento?

Dosis Unidad Frecuencia

¿Por qué se toma este medicamento?

¿Cómo se toma este medicamento?

Dosis

Unidad

Frecuencia

Fechas de medicamentos

Fecha de inicio ?

Fecha de finalización ?

DD MM AAAA

DD MM AAAA

Acción tomada con medicamentos *

- Interrupción Temporal
- Descontinuado
- Reducido
- Aumento
- Ninguna
- No aplicable
- Desconocido

Operador de dispositivos

Completar campos obligatorios

EVENTO

Información del evento

Haga una lista de eventos adversos individuales con el botón "Añadir un evento".

¿Cuál es el evento adverso? *

dolor

Especificar el evento adverso

Fechas en que ocurrió este evento

Fecha de inicio

Fecha de finalización

Duración del evento

DD MM AAAA

DD MM AAAA

Resultado del evento

Seleccione los criterios aplicables para este evento

Seleccione todos los que correspondan, deje en blanco si ninguno es aplicable

EVENTO

Información del evento

Haga una lista de eventos adversos individuales con el botón "Añadir un evento".

¿Cuál es el evento adverso? *

dolor

Fechas en que ocurrió este evento

Fecha de inicio ?

Fecha de finalización ?

Duración del evento

DD ▾ MM ▾ AAAA ▾

DD ▾ MM ▾ AAAA ▾

▾ ▾ ▾

Resultado del evento

▾

Especificar datos del evento adverso

Seleccione los criterios aplicables para este evento

Seleccione todos los que correspondan, deje en blanco si ninguno es aplicable

ASOCIACIÓN E INFORMACIÓN ADICIONAL

Relación Evento-Medicamento

Por favor, proporcione detalles si considera que algún medicamento/ dispositivo y un evento adverso están asociados.

Completar campos obligatorios

Seleccione el medicamento/dispositivo que usted considera está asociado con un evento adverso *

Forxiga

¿Existe información adicional que quisiera compartir relacionada con el/los evento(s) adverso(s)? Por favor incluya medicación de libre venta, vitaminas o suplementos que consuma. Por favor NO utilice el nombre del paciente o información de identificación del paciente (correo electrónico, dirección, número de teléfono)

No soy un robot



ASOCIACIÓN E INFORMACIÓN ADICIONAL

Relación Evento-Medicamento

Por favor, proporcione detalles si considera que algún medicamento/ dispositivo y un evento adverso están asociados.

Completar campos obligatorios

Seleccione el medicamento/dispositivo que usted considera está asociado con un evento adverso *

Forxiga

Completar campos obligatorios

¿Cuál(es) evento (s) adverso (s) cree que está(n) asociado(s) a este medicamento/dispositivo? *

dolor

Completar campos obligatorios

¿Considera que este evento fue causado por este medicamento /dispositivo? Sí No Desconocido

No soy un robot





También puede reportar las sospechas de reacción adversa enviando un correo a: patientsafety.mexico@astrazeneca.com.





AstraZeneca

ENTALLA DE WOOD



Gracias

El formulario se envió correctamente.


Recibirá un mensaje de confirmación al completar el formulario correctamente.

Su número de referencia de AstraZeneca es **CH-00291281A**

Para obtener más ayuda con respecto al reporte de eventos adversos, contáctenos al correo PatientSafety.Mexico@astrazeneca.com

Para obtener más ayuda con respecto a la solicitud de información médica, contáctenos al correo PatientSafety.Mexico@astrazeneca.com

¿Existe información adicional que quisiera compartir relacionada con el/los evento(s) adverso(s)? Por favor incluya medicación de libre venta, vitaminas o suplementos que consume. Por favor NO utilice el nombre del paciente o información de identificación del paciente (correo electrónico, dirección, número de teléfono)

No soy un robot 
reCAPTCHA
Privacidad - Términos

Por favor revise los detalles que ha ingresado y confirme que sean correctos antes de enviar su caso

Atrás

Enviar

Al terminar, presione "Enviar"