



**PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA BIOGEN®
FORMULARIO DE REPORTE DE EADMs**

CONSULTORIO O LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO ADVERSO

Nombre Institución:

Dirección

Ciudad

Departamento:

DATOS DEL PACIENTE AFECTADO (o de la persona afectada si no es un paciente)

Nombre:

Edad:

Sexo: M ___ F ___

Documento de Identidad:

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL EVENTO ADVERSO Y SU DESENLACE

DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO ASOCIADO

Nombre Dispositivo:

Marca:

Modelo:

Serie:

Referencia:

Lote:

Versión (Si es software)

Fabricante:

Importador:

Estado Actual del Dispositivo: Devuelto___ No Devuelto___ Destruído___ En Uso___ Descontinuado___ Desconocido___

DATOS DE QUIEN REPORTA

Nombre:

Cargo en la Institución:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

E-mail: