Instrucciones: Por favor complete este formulario si algún consumidor reporta alguna reacción adversa de los productos 4Life , el formulario completo debe ser enviado por correo electrónico a: gabrielar@4life.com y productquality@4life.com

1. INFORMACIÓN DEL DISTRIBUIDOR:						**N° CODIGO:**
NOMBRES COMPLETOS:	**EDAD:**	**SEXO:** F M	**PESO (Kg)**	**TALLA (cm)**	**ETNIA**	**E-MAIL**

2. INFORMACIÓN SOBRE SOSPECHA DE: REACCION ADVERSA

DESCRIPCIÓN DE LA REACCION ADVERSA: (Enlistar las por separado)	**FECHA INICIO**	**FECHA FIN**	**HISTORIA CLÍNICA RELEVANTE DEL DISTRIBUIDOR:** Enfermedades, diagnóstico, alergias, embarazo, cirugía previa, datos del laboratorio, etc.)

3. PRODUCTO (S) SOSPECHOSO (S):

NOMBRE	LOTE	NOTIFICACIÓN SANITARIA	PRESENTACION (polvo, capsula, galea, jugo, etc)	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA ADM.	MOTIVO DE LA TOMA

RESULTADO DEL EVENTO ADVERSO		**DESCRIBA LA SEVERIDAD**
¿El evento adverso desapareció al suspender el producto? **SÍ** ☐ **NO** ☐ **DESC** ☐ **¿El evento adverso desapareció al reducir la dosis del producto?** **SÍ** ☐ **NO** ☐ **DESC** ☐ **¿El evento adverso reapareció al administrar de nuevo el producto?** **SÍ** ☐ **NO** ☐ **DESC** ☐	**Recuperado/resuelto** ☐ **Recuperando/resolviendo** ☐ **Recuperado/resuelto con secuela** ☐ **No recuperado/no resuelto** ☐ **Desconocido** ☐	....

4. TRATAMIENTO:

CONSUMIDOR RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA TRATAR EL EVENTO: SI ☐ **NO** ☐ **DESCONOCE** ☐

Describa:

5. MEDICAMENTOS O PRODUCTOS CONCOMITANTES UTILIZADOS:

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FORMA FARMACÉUTICA	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA ADM.	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN