Instrucciones: Por favor complete este formulario si algún consumidor reporta alguna reacción negativa 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**	**NOTIFICACION SANITARIA**	**REGISTRO SANITARIO**	**PRESENTACION (polvo, capsula, galea, jugo, etc)**	**FECHA INICIO**	**FECHA FIN**	**DOSIS**	**FRECUENCIA**	**VÍA ADM.**	**MOTIVO DE LA TOMA**

RESULTADO DEL EVENTO ADVERSO

¿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 ☐

DESCRIBA LA SEVERIDAD

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. TRATAMIENTO:

DISTRIBUIDOR 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**