



## Recogida de Información de Seguridad de Medicamentos

Nombre de la persona que atiende la llamada:

Hora:

Fecha:

Nombre del comunicante (Notificador):

Teléfono de contacto:

Organismo/Profesional Sanitario (Médicos, Farmacéuticos, Odontólogos,  
Diplomados en Enfermería y Veterinarios):

Datos del paciente (sólo Iniciales):

Edad/F Nacimiento:

Sexo:

Sustancia o medicamento Almus sospechoso:

Reacción Adversa:

Pasar la llamada al Responsable de Farmacovigilancia de Almus Farmacéutica  
Enviar esta hoja con los datos **en 24 horas**  
Tel. 93 7397247/ M. 690 0453 34  
Email: [farmacovigilancia@almusfarmaceutica.es](mailto:farmacovigilancia@almusfarmaceutica.es)