

FORMATO DE INFORMACION DE EVENTOS ADVERSAS

FECHA: ____/____/____

NOMBRE de quien reporta la reacción:

Teléfono: _____

NOMBRE del paciente quien ha sufrido la reacción:

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ Código ABO: _____

SKU	Nombre del producto	Número de lote	Fecha de vencimiento

1. ¿Qué área fue afectada por la reacción?

Labios, Ojos, Contorno de ojos, Tronco, Piernas, Dientes, rostro, cuello, manos, pies, cabello, encías, cuero cabelludo, genitales, brazos, sistema digestivo, sistema respiratorio, ¿Otros? ¿Cuál?)

2. ¿De qué manera fue afectada el área? *(Salpullido, ampollas, resequedad, sofoco, vómito, enrojecimiento, Inflamación, sangrado, náuseas, diarrea, Picazón, Ardor, descamación, dolor abdominal, mareo, pérdida de ... ¿Otro? ¿Cuál?)*

3. Durante cuánto tiempo uso el producto? _____

4. En qué momento durante el uso empezaron los síntomas? _____
(Inmediatamente, después de 1 día de uso, a la semana, al mes etc...)

5. Cuanto tiempo le duraron los síntomas? _____

6. Al suspender el producto disminuyeron o se detuvieron los síntomas? Si _____ No _____

**Si se trata de un producto de la línea Nutrilite, favor responda las preguntas 7, 8 y 9, de lo contrario pase a la pregunta 10*

7. *El producto fue consumido con las comidas? __ si _____ no _____

8. *Cual fue la dosificación consumida? _____

9. *Estaba tomando otro suplemento nutricional cuando experimento la reacción? De ser así escriba cual. _____

10. Estaba tomando algún medicamento cuando experimento la reacción? De ser así por favor escriba cuál. _____

11. Otro productos similares fueron consumidos/aplicados al mismo tiempo? Si ____ No ____

Escriba cual. _____

12. Tiene alguna alergia conocida? _____

14. Ha experimentado alguna reacción similar con otros productos similares?

15. Ha experimentado algún cambio reciente en su dieta, estilo de vida, o en sus medicamentos

Cual? _____

16. Describa detalladamente lo que ocurrió:

17. Tuvo que visitar a un médico: Si ____ No ____

18. Autoriza a Amway para contactarse con usted o con su médico para obtener información en lo concerniente a su diagnóstico y tratamiento, incluyendo los registros médicos. Si ____ No ____ en caso afirmativo por favor complete la siguiente información:

NOMBRE DEL MÉDICO:	
DIRECCIÓN:	
CIUDAD:	E-MAIL:
TELEFONO:	FECHA DE LA CONSULTA:
TRATAMIENTO/RECOMENDACIÓN:	

Nombre de quien que recoge y valida la información: _____