

**FICHA DE BIOVIGILANCIA:  
REACCIONES ADVERSAS**

**ESTE MODELO ES ÚNICAMENTE ORIENTATIVO, PUDIÉNDOSE UTILIZAR  
CUALQUIER FORMATO PARA LA NOTIFICACIÓN. LO IMPORTANTE ES  
NOTIFICAR**

<b>CENTRO QUE DECLARA:</b>		
<b>FECHA</b> ____/____/____	<b>COMUNIDAD AUTONÓMA:</b>	ANDALUCÍA

<b>1. Persona que notifica</b>	
<b>1.1 Identidad</b>	<b>1.2 Datos de contacto</b>
Nombre:.....	Teléfono:.....
Apellidos:.....	Fax:.....
Titulación:.....	E-mail:.....
	Dirección:.....

<b>2. Tejido óseo humano liofilizado y/o desmineralizado</b>
Nombre comercial:.....Nº identificación (referencia/lote).....

<b>3. Descripción de la reacción adversa</b>
<b>3.1 Fecha de detección de la reacción:</b> ____/____/____
<b>3.2 Tipo de reacción adversa (transmisión Infección viral, bacteriana, parasitaria, tumor, etc.).</b> <b>Descripción:</b>
<b>3.3 Consecuencias efectivas o posibles. Investigación y conclusiones finales.</b>

<b>4. Acciones correctivas y preventivas</b>	
<b>4.1 Descripción de las medidas puestas en marcha</b>	
<b>4.2 Información al distribuidor del producto</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ (precisar)</b>
<b>4.3 Fecha de Información a la Coordinación Autonómica</b>	____/____/____
<b>Fecha y firma del Profesional que cumplimenta esta ficha</b>	

REMITIR A LA COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES  
 Fax: 955 40 76 36  
 Correo E.: ctrasplantes.sc.sspa@juntadeandalucia.es