En caso de detectar alguna anomalía con un producto, completar el presente formulario, el cual debe ser presentado en Manuel Domínguez 344 c/ Iturbe, o ser enviado al correo electrónico postcomercializacion@dinavisa.gov.py

Si el producto no cuenta con alguno de los datos solicitados, aclará en la celda “No posee”.

1. **Identificación del notificante:**

| Nombre completo |  |
| --- | --- |
| email – número de contacto. |  |
| El solicitante es | Ciudadano **☐** Profesional de la salud  **☐** Organismo  **☐** titular de Registro sanitario **☐** otros**☐**  |

1. **Identificación del producto sospechoso (describir tal como aparece en el envase):** 

| Nombre del producto |  |
| --- | --- |
| Laboratorio / Importador |  |
| Serie/lote y vencimiento (si aplica) |  |
| N° de registro sanitario (si aplica) |  |
| Lugar de adquisición (señalar nombre y dirección, en caso de sitio web señalar la página web) | Farmacia **☐** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local comercial **☐** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otros  **☐** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_establecimiento particular, persona particular, distribuidora, indicando a lo menos la dirección de lugar de adquisición del producto |
| Motivos de la Notificación  |  |

**3. Adjunta:** Debe adjuntar al menos boleta de adquisición y fotografía del producto (**requerimientos mínimos para iniciar la investigación**)

**☐**  Boleta de compra venta

**☐** Muestra

**☐** Fotografía

**☐** Impresiones de computador

**☐**  Otro (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro solemnemente que la información aquí señalada es veraz.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_