

PBO-DT-001v02

REQUISITOS PARA REALIZAR LA COMPRA DE MISOP 25

Misop[®]25

ANEXO 2: FOR-DT-001v02

SIEMPRE ADJUNTAR EN LA ORDEN DE COMPRA					
FECHA	N° ORDEN DE COMPRA	INSTITUCIÓN	RESPONSABLE MÉDICO / FARMACÉUTICO (N° MATRÍCULA)	CUENTA CON UNIDAD DE OBSTETRICIA	N° PROMEDIO DE PARTOS MENSUALES

ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE MANEJO DE RIESGOS. ANTE CUALQUIER CONSULTA, RECLAMO O NOTIFICACION DE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS COMUNICARSE POR VIA TELEFONICA AL 0800-333-6476 (MISOP), VIA MAIL A LA DIRECCION misop@labdominguez.com.ar, O AL DEPARTAMENTO DE FARMACOVIGILANCIA DE LA A.N.M.A.T AL TELEFONO 4340-0866

.....

FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO
DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
DE LA INSTITUCIÓN

.....

SELLO DE LA INSTITUCIÓN