



Gobierno de Guatemala

Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social



Nombre Q.F. Que realiza el Plan

Representante Legal de Empresa Farmaceutica:

**Nota de Revisión  
PLAN DE MINIMIZACION DE RIESGO**

CONTENIDO	SI	NO	OBSERVACIONES
INTRODUCCION			
OBJETIVOS			
MONOGRAFIA DEL PRODUCTO			
INSERTO			
FORMAS Y PROCESOS DE USO			
RIESGOS, TIPO, MAGNITUD Y FRECUENCIAS (RIESGO BENEFICIO)			
POBLACION DE MAYOR RIESGO			
PREVENCION, REVERSIBILIDAD			
EVALUACION POST COMERCIALIZACION			
ANALISIS DE CASOS			

Revisor. Firma \_\_\_\_\_

**Acompañar esta boleta al entregar Plan**

Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines  
PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
3ª. Calle final 2-10 Col. Valles de Vista Hermosa zona 15, Guatemala  
PRX 25022503 ext 115

[farmacovigilancia.gt@gmail.com](mailto:farmacovigilancia.gt@gmail.com) [farmacovigilancia@medicamentos.com.gt](mailto:farmacovigilancia@medicamentos.com.gt)

[www.mspas.gob.gt](http://www.mspas.gob.gt) / [www.medicamentos.com.gt](http://www.medicamentos.com.gt)