



ESTUDIO GOAL INTERNATIONAL (Amgen ISS: 20187438)
Reporte de Eventos Adversos / Eventos Adversos Graves

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TENER CONOCIMIENTO DE LA OCURRENCIA DE UN EVENTO ADVERSO / EVENTO ADVERSO GRAVE

Nombre del Investigador Principal: _____

Nombre de la Persona que Completa este Formulario (de ser diferente): _____

Teléfono de Contacto: _____ Email: _____

ID del Paciente	
Género	
Evento Adverso	
Fecha de Aparición	
Desenlace	

Indique "N/A" si la causalidad se atribuye a un medicamento que no pertenece a Amgen

Nombre del Medicamento de Amgen	
Dosis Diaria	
Frecuencia	
Vía	
Causalidad atribuida al Medicamento de Amgen	
Fecha del Primer Tratamiento	
Fecha de la Última Dosis Antes del Evento Adverso/ Evento Adverso Grave	

Revisar y enviar a: clinicaltrials@chrc.net