

SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS -

FALLA TERAPÉUTICA-ERROR DE MEDICACIÓN.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:						Nº NOTIFICACIÓN:				
NOMBRE O INICIALES DEL PACIENTE:			EDAD:	SEXO: F ☐ M ☐	PESO (Kg)	TALLA(cm)	ETNIA	Nº HISTORIA CLÍNICA		
2. INFORMACIÓN SOBRE SOSPECHA DE: RAM										
DESCRIPCIÓN DE LA RAM (Enlistarlas por separado)		FECHA INICIO	FECHA FIN	HISTORIA CLÍNICA RELEVANTE DEL PACIENTE: (Enfermedades, diagnóstico, alergias, embarazo, cirugía previa, datos del laboratorio, etc).						
3. MEDICAMENTO (S) SOSPECHOSO (S):										
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FORMA FARMACÉUTICA	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA ADM	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN
RESULTADO DEL EVENTO ADVERSO								SEVERIDAD		
¿El evento adverso desapareció al suspender el medicamento? SÍ ☐ NO ☐ DESC ☐				Recuperado / resuelto ☐				Muerte ☐		
¿El evento adverso desapareció al reducir la dosis del medicamento? SÍ ☐ NO ☐ DESC ☐				Recuperado / resolviendo ☐				Hospitalización prologanda ☐		
¿El evento adverso reapareció al administrar de nuevo el medicamento? SÍ ☐ NO ☐ DESC ☐				Recuperado / resuelto con secuela ☐				Requirió hospitalización ☐		
				No recuperado / no resuelto ☐				Anomalía congénita ☐		
				Fatal ☐				Amenaza a la vida ☐		
				Desconocido ☐				Discapacidad ☐		
								N/A ☐		
								Otra condición médica importante ☐		
								Cuál.....		
4. TRATAMIENTO:										
PACIENTE RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA TRATAR EL EVENTO: ☐ SI ☐ NO ☐ DESCONOCE										
Describa:										
5. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES O UTILIZADOS:										
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FORMA FARMACÉUTICA	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA ADM	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN
6. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR:										
NOMBRE O INICIALES DEL NOTIFICADOR:		PROFESIÓN:	LUGAR DE TRABAJO:		SERVICIO MÉDICO:			DIRECCIÓN:		
PROVINCIA:		TELÉFONO:		E-MAIL:						
FECHA DE REPORTE:		TIPO DE REPORTE:			ORIGEN REPORTE:					
		INICIAL ☐ SEGUIMIENTO ☐			AMBULATORIO ☐ HOSPITALARIO ☐					