

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES SOSPECHOSAS

SELECCIONE UNA OPCIÓN, DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL REPORTE

- Reacción Adversa a Medicamento
- Sospecha de Fallo Terapéutico
- Defecto de Calidad

Fecha de Notificación

1. INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE PRIMARIO

Nombre del Notificante / Reportante					
Teléfono fijo	Extensión		Celular		
Médico	<input type="checkbox"/>	Usuario	<input type="checkbox"/>	Cargo	
Químico Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	Paciente	<input type="checkbox"/>	Dirección	
Profesional de la Salud	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	E-mail	

2. ORIGEN DEL REPORTE

País	<input type="text"/>	Hospital / Clínica / Empresa	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Servicio	<input type="text"/>

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Iniciales	<input type="text"/>	Sexo	<input type="radio" value="F"/> F <input type="radio" value="M"/> M	Documento de Identidad	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Peso	<input type="text"/> Kg <input type="text"/> lb	Edad	<input type="text" value="Años"/> <input type="text" value="Meses"/> <input type="text" value="Días"/>
Diagnóstico Actual	<input type="text"/>				
Otras Enfermedades	<input type="text"/>				
Talla	<input type="text"/> cm				

4. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO AL MEDICAMENTO

Fecha de inicio del evento Adverso	Evento Adverso:	Fecha de fin del evento Adverso
<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO: <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; width: 100%;"></div>		Evolución (Marcar con una X) <input type="radio"/> Recuperado sin secuelas <input type="radio"/> Recuperado con secuelas <input type="radio"/> Aún sin recuperación Seriedad (Marcar con X) <input type="radio"/> ¿Produjo o prolongó hospitalización? <input type="radio"/> ¿Produjo malformación en el recién nacido? <input type="radio"/> ¿Existió riesgo de muerte a causa de la reacción? <input type="radio"/> ¿Produjo la muerte del paciente? Fecha: <input type="text"/> <input type="radio"/> ¿Produjo discapacidad o incapacidad permanente o condición médica importante?
¿Existe alguna ayuda diagnóstica o criterio clínico que permita confirmar el evento? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?: <input type="text"/>		

5. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS - Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una X en la columna "S", el (los) sospechoso(s)

S	Medicamento (Denominación Común Internacional o Nombre Genérico)	Dosis		Dosis por Aplicación	Frecuencia	Vía	Velocidad de Infusión	Motivo de Prescripción	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
		Cantidad	Unidad							

6. INFORMACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Fabricante	Nombre y/o Marca	Registro Sanitario	Lote	Fecha de Vencimiento		
				<input type="text" value="DD"/>	<input type="text" value="MM"/>	<input type="text" value="AAAA"/>

7. MANEJO DEL EVENTO Y DESENLACE

Suspensión			SI	NO	N/A
¿El evento desapareció al suspender el medicamento?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El evento desapareció o redujo su intensidad al reducir la dosis?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Re-exposición			SI	NO	N/A
¿El evento reapareció al re-administrar al medicamento?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El evento desapareció con tratamiento farmacológico?			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	¿CUÁL?: <input type="text"/>
Factores de riesgo			SI	NO	N/A
¿Paciente con alteración de la función renal o hepática?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Paciente con sospecha de intoxicación exógena al momento de usar el medicamento?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ANÁLISIS DEL EVENTO

Causalidad según Uppsala / OMS <input type="radio"/> Definitiva <input type="radio"/> Probable <input type="radio"/> Posible <input type="radio"/> Improbable <input type="radio"/> Condicional/No clasificada <input type="radio"/> No evaluable/Inclasificable	Justificación de análisis de acuerdo a causalidad: <div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--

ENVIAR

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NOTIFICACIÓN

REPORTE TODA SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO: Eventos o reacciones esperadas o conocidas, inesperadas o desconocidas, leves, no serias y serias. De igual forma los eventos relacionados con posibles errores de medicación (Prescripción, dispensación, preparación, administración, adherencia).