

SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE REGULACIÓN
 DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
 DEPARTAMENTO DE FARMACOVIGILANCIA

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS DE USO HUMANO PARA CIUDADANO

“Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales”

Número de Ficha		Número de notificación	
Tipo de notificación	Nueva <input type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Nº de notificación
1. INFORMACIÓN SOBRE LA REACCIÓN ADVERSA			
Síntomas de la Reacción Adversa:			
¿Quién sufrió la Reacción Adversa?: Yo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/>			
Nombre del Paciente:		Edad:	Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
¿Fecha que iniciaron los síntomas?		¿Cuál es el estado actual de la persona afectada?	
Inicio el síntoma: ___/___/___		Recuperado <input type="checkbox"/>	Falleció <input type="checkbox"/>
Desapareció el síntoma: ___/___/___		En recuperación <input type="checkbox"/>	No se sabe <input type="checkbox"/>
		No recuperado <input type="checkbox"/>	
¿Ha seguido algún tratamiento para que mejoren los síntomas de la reacción adversa?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
2. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE HACE LA NOTIFICACIÓN			
Nombre y Apellidos:			
Correo Electrónico:			
Dirección:			
Departamento / Municipio:			
Teléfono:		Fecha de Notificación ___/___/___	

Consentimiento contacto

Estoy de acuerdo con que un profesional de Salud del Departamento de Farmacovigilancia de la Secretaría de Salud se comunice para consultas.



NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS DE USO HUMANO PARA CIUDADANO

“Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales”

INSTRUCTIVO PARA NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

Este formulario de notificación de reacción adversa a medicamentos de uso humano será utilizado en reportes de personas que tomen medicamentos del listado oficial de la Secretaría de Salud.

NUMERO DE NOTIFICACIÓN: Este número será asignado por el personal del Departamento de Farmacovigilancia de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo de Secretaría de Salud por lo tanto *ni* el Ciudadano *ni* El profesional de salud que notifique, escribirá nada en esa casilla.

NUMERO DE FICHA: Este número será asignado por el Profesional de salud que Usted como Ciudadano le notifique.

TIPO DE NOTIFICACIÓN: Indicar con una marca (x, ✓) “inicial” si es primera vez que usted notifica por medio de la ficha o “seguimiento” si ya había reportado antes sobre el mismo caso.

NUMERO DE FICHA ANTERIOR: Si desea actualizar información de un caso previamente notificado, deberá escribir el número de notificación de la ficha anterior que fue asignado por el personal del Departamento de Farmacovigilancia, el cual llegara a usted por medio de un profesional de salud o directamente del personal del Departamento de Farmacovigilancia.

1. INFORMACIÓN SOBRE LA REACCIÓN ADVERSA

SÍNTOMAS DE LA REACCIÓN ADVERSA: Las reacciones adversas son las respuestas no intencionadas de un medicamento administrado a la dosis normal, los “síntomas” son esas molestias.

¿QUIÉN SUFRIÓ LA REACCIÓN ADVERSA?: Es el paciente que sufrió las molestias provocadas por el medicamento, puede ser un familiar, amigo o Usted mismo.

NOMBRE: Permite identificar al paciente, así como casos duplicados o seguimiento de un caso previamente notificado.

EDAD: Indicar la edad correspondiente

GÉNERO: corresponde al sexo del paciente, marque con una X en la casilla correspondiente.

¿FECHA QUE INICIARON LOS SÍNTOMAS? Es el tiempo que ha pasado desde que empezaron aparecer las molestias; Indique fecha que aparece la primera molestia y la fecha que desaparece la molestia, si no ha desaparecido no se pone nada en esta última.

¿CUÁL ES EL ESTADO ACTUAL DE LA PERSONA AFECTADA? Marque con una X en el cuadro que corresponda el estado que se encuentra el paciente a la fecha

¿HA SEGUIDO ALGÚN TRATAMIENTO PARA QUE MEJOREN LOS SÍNTOMAS DE LA REACCIÓN ADVERSA? Marque con una X en el cuadro que corresponda, si ha seguido un tratamiento ya sea un remedio casero o algún medicamento.

2. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE HACE LA NOTIFICACIÓN

NOMBRE: Indique el nombre de la persona que reporta la sospecha de reacción adversa.

CORREO ELECTRÓNICO: Escriba el correo de la persona que *realiza el reporte*. El objetivo de esta información es contar con los datos del notificante para solicitar mayor información cuando se requiera y/o para el envío de la retroalimentación sobre el reporte, cuando así lo amerite.

DIRECCIÓN: Especifique la dirección completa del establecimiento de salud donde le han indicado el medicamento.

Establecimiento de Salud: Se refiere a la clínica, centro de salud u hospital.

TELÉFONO: Coloque un número de teléfono donde se pueda contactar para cualquier información.

DEPARTAMENTO / MUNICIPIO: colonia o barrio, aldea y Departamento donde se encuentra el establecimiento de salud.

FECHA DE NOTIFICACIÓN: Indique la fecha en la que se llena la ficha de notificación.

CONSENTIMIENTO CONTACTO: Es donde usted está de acuerdo con que un profesional de Salud del Departamento de Farmacovigilancia de la Secretaría de Salud se comunique para consulta.