



NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS DE USO HUMANO PARA PROFESIONALES DE SALUD

“Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales”

Número de notificación			
Número de Ficha		Tipo de notificación	Nueva <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/>
		N° de notificación anterior	
1. INFORMACION SOBRE LA PERSONA QUE HA PRESENTADO LA REACCIÓN ADVERSA AL MEDICAMENTO (PACIENTE)			
Nombre y apellidos		Genero	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		N° de expediente clínico	
Edad	Grupo de edad	<input type="checkbox"/> Feto <input type="checkbox"/> Recién nacido <input type="checkbox"/> Lactante <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Anciano	
		Peso (Kg)	Altura (cm)
2. INFORMACION SOBRE EL MEDICAMENTO			
Nombre del medicamento o Principios Activos y sales	Lote	Fecha de caducidad	Posología
			Vía de administración
			Fecha de inicio
			Fecha de fin
			Sospecha S/C/I
Motivo de Prescripción			
Medidas tomadas	<input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Retirada del Fármaco <input type="checkbox"/> Reducción de la dosis <input type="checkbox"/> Aumento de la dosis <input type="checkbox"/> No modificación de dosis <input type="checkbox"/> Ninguno		
3. INFORMACIÓN SOBRE LA REACCIÓN ADVERSA (PUEDEN SER VARIAS)			
Cree que las reacciones que comunica:		Reacción Adversa	
<input type="checkbox"/> Han puesto en peligro su vida. <input type="checkbox"/> Han sido la causa de su hospitalización. <input type="checkbox"/> Han prolongado su ingreso en el hospital. <input type="checkbox"/> Han originado incapacidad persistente o grave. <input type="checkbox"/> Han causado defecto o anomalía congénita. <input type="checkbox"/> Han causado la muerte del paciente. <input type="checkbox"/> No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave. <input type="checkbox"/> No han causado nada de lo anterior, pero considero que NO es grave.			
Desenlace	<input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> En recuperación <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Desconocido		Tipo de reacción: Espontánea <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Fecha de inicio: / / Fecha de fin: / /
4. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE HACE LA NOTIFICACIÓN			
Nombre:	Apellidos:		
Profesión: <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Otro: _____	Especialidad:		
Correo electrónico:	Teléfono:		
Centro de Trabajo:	Tipo de Centro:		
Departamento:	Dirección:		



NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS DE USO HUMANO PARA PROFESIONALES DE SALUD

“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 pacientes que usen productos farmacéuticos del Listado Nacional de Medicamentos 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 El profesional de salud que notifique no escribirá nada en esa casilla.

NUMERO DE FICHA: Este número será asignado por el profesional de salud que notifique, es más útil en el caso que sea más de 1 reporte.

TIPO DE NOTIFICACIÓN: indicar inicial si es primera vez del evento adverso o de seguimiento a un reporte previo.

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.

1. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE HA PRESENTADO LA REACCIÓN ADVERSA AL MEDICAMENTO (PACIENTE)

NOMBRE Y APELLIDOS: Permite identificar casos duplicados o seguimiento de un caso previamente notificado.

GÉNERO: Marcar con una “X” la casilla correspondiente.

EDAD/GRUPO DE EDAD: Indicar la edad correspondiente y el grupo de edad del paciente.

PESO: Anotar el peso del paciente en Kilogramos.

ALTURA: Anotar la altura del paciente en centímetros.

NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO: Indicar el número del expediente del paciente, esto es para identificar casos duplicados o seguimiento de un caso previamente notificado.

2. INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO PRINCIPIOS ACTIVOS Y SALES: Escribir todos los medicamentos utilizados ya sea el nombre genérico o comercial.

LOTE: Escriba el número de lote que se encuentra en el envase primario o secundario del medicamento.

FECHA DE CADUCIDAD: escribir la fecha del vencimiento que se encuentra en el envase primario o secundario del medicamento

POSOLÓGIA: Ejemplo; 500 mg 3 veces al día: cuando el medicamento contenga mas de un principio activo se expresara con la forma farmaceutica: 1 sobre cada 8 horas.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Describa la vía de administración del medicamento teniendo en cuenta las siguientes vías de administración: inhalatoria, sublingual, conjuntival, epidural, intestinal, intraarticular, intradérmica, intramedular, intramuscular, intraocular, intraperitoneal, intratecal, intrauterina, intravenosa, oral, ótica, peridural, rectal y otras.

FECHA DE INICIO: Indicar la fecha (si la conoce) en que se inició la administración del/los medicamento (s).

FECHA DE FIN: Indicar la fecha (si la conoce) en que se dejó de administrar el/los medicamento (s).

SOSPECHA: Marque con una “S” el (los) medicamento (s) sospechoso (s), con una “C” el (los) concomitantes y con una “I” las interacciones.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA REACCIÓN ADVERSA.

CREE QUE LAS REACCIONES QUE COMUNICA: Indicar con una flecha, es importante saber la consecuencia de la reacción adversa y que tan grave es.

REACCIÓN ADVERSA: Reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis normales utilizadas.

DESENLACE: Indicar que ha sucedido después de la reacción adversa.

TIPO DE REACCIÓN: Puede ser *Espontanea*: se ha detectado en la asistencia clínica habitual. *Estudio*: Cuando la reacción se ha detectado en el marco de estudio o de programa de farmacovigilancia activa.

FECHA DE INICIO: Fecha cuando inició la reacción adversa.

FECHA DE FIN: Fecha cuando finalizó la reacción adversa, si no ha finalizado no se llena esta casilla.

4. INFORMACION SOBRE LA PERSONA QUE HACE LA NOTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDO: Escribir el nombre completo del Profesional de Salud que notifica.

PROFESIÓN Y ESPECIALIDAD: Escribir si notifica un Médico, Farmacéutico, Enfermero, odontólogo u otro profesional de la salud, así como su especialidad (si la tuviera).

CORREO ELECTRÓNICO: Escribir su correo electrónico, por este medio se enviará el número de ficha, así como otra información referente a la notificación

TELÉFONO: Escribir su número de teléfono, por este medio se comunicará el número de ficha, así como otra información referente a la notificación un caso no se pueda el acceso por correo electrónico.

CENTRO DE TRABAJO: Nombre del establecimiento donde trabaja el profesional que realizo la notificación.

TIPO DE CENTRO: Según la categorización de establecimiento de Salud.

DIRECCIÓN: Donde se encuentra el Centro y en que ciudad.

DEPARTAMENTO: Escribir el departamento donde se realizó la notificación.

