|  |
| --- |
| Llene los campos con bolígrafo. Los campos resaltados con **•** requieren llenado obligatorio. |
| **1. INFORMACIÓN DE QUIEN REPORTA** |  | **2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE** |
| Nombre y Apellido |  | **•** Iniciales del nombre del paciente |  | [ ] Masculino[ ] Femenino | **•** Fecha de nacimiento o edad |  |
| **•**[ ] Paciente [ ] Médico [ ] Farmacéutico [ ] Otro profesional de la salud [ ] Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Peso (Kg) |  | Altura (cm) |  | Fecha de muerte |  |
| Diagnóstico de muerte |  | Resultado de la autopsia |  |
| **•**Correo electrónico |  |  | **Otra información de importancia:** | Describa o especifique su selección con fecha de diagnóstico u otra información relevante |
| Teléfono  |  |  | [ ] Alteraciones hepáticas [ ] Alteraciones renales [ ] Desnutrición [ ] Obesidad[ ] Deshidratación.[ ] Cirugía[ ] Alergias[ ] Antecedentes familiares | [ ] Quemaduras[ ] Enfermedad gastrointestinal[ ] Embarazo[ ] Edema [ ] Tabaquismo[ ] Alcoholismo[ ] Otro |  |
| Fecha |  |
| Dirección Estado/Municipio/Institución |  |
|  |  |  |
| **3. INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO ADVERSO:** [ ] Evento Adverso [ ]  Falta de efectividad |
| **•** ¿Cuál(es) fue(ron) el(los) evento(s) adverso(s)? | Fechas del eventoEj. 30/08/2014 o ago 2014 | ¿Cuál fue la duración del evento adverso? | **•**¿Cuál fue el resultado del evento adverso?**#1** | ¿Qué consecuencia produjo?**#2** | **Describa la sucedido** Por favor, suministre tanta información como sea posible, eventos ocurridos en el transcurso del tiempo, exámenes médicos (fecha de realización, resultado y rango normal), tratamiento aplicado para los eventos, etc. |
| •Comienzo | Finalización |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **#1Resultado del evento adverso: (A)** Recuperado, **(B)** Recuperando, **(C)** No recuperado, **(D)** Recuperado con secuelas, **(E)** Fatal, **(F)** Desconocido.**#2Consecuencias del evento adverso: (1)** Causó/Prolongó hospitalización, **(2)** Discapacidad, **(3)** Malformación congénita, **(4)** Amenaza de vida, **(5)** Muerte, **(6)** Otra condición médica importante. **(7)** Ninguna de las anteriores  |

|  |
| --- |
| **4. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO** Incluya todos los medicamentos, vitaminas y productos naturales que hayan sido administrados |
| **•**Nombre comercial o marca | Concen-traciónEj. 400mg | DosisEj. 1 tableta cada 12 horas | Vía de administraciónEj. Oral | Fechas del tratamiento Ej. 30/08/2014 o ago 2014 | Motivo por el cual toma el medicamento | ¿Cuál es el papel de este medicamento?**#3** | **•** ¿Qué acción tomó con el medicamento?**#4** | ¿Dónde obtuvo el medicamento?**#5** | Laboratorio y lote |
| **•**Comienzo | Fin |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **#3Papel del medicamento: (S)** Medicamento sospechoso de causar el evento adverso, **(C)** Medicamento concomitante o no sospechoso, **(I)** Medicamentos sospechosos de interactuar.**#4Acción tomada con la medicación:** **(A)** Medicamento retirado, **(B)** Dosis reducida, **(C)** Dosis aumentada, **(D)** Dosis no modificada, **(E)** Desconocido, **(F)** No aplicable.**#5Lugar donde se obtuvo el medicamento: (1)** Farmacia (con récipe), **(2)** Farmacia (sin récipe), **(3)** Hospital/Otro instituto de asistencia médica, **(4)** Internet, **(5)** Otro establecimiento comercial, **(6)** Otro. |
| **Si se suspendió o redujo la dosis del medicamento sospechoso ¿El evento adverso disminuyó o desapareció?** [ ] Sí [ ] No | **Información adicional** Ej. Fecha de elaboración o vencimiento, administración junto a las comidas, velocidad de infusión endovenosa, número de Registro Sanitario, etc. |
| **Si se suspendió el uso del medicamento y luego se volvió a usar ¿Se presentó nuevamente el evento adverso?** [ ] Sí [ ] No |
| **¿El(los) medicamento(s) ha(n) producido un evento adverso similar con anterioridad?** [ ] Sí [ ] No |
|  |  |  |
| **5. INFORMACIÓN ADICIONAL** | **¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**Si el espacio es insuficiente, anexe una hoja con la información necesaria a este reporte. |
| ¿Cuál es el tipo del reporte?[ ] Se trata de un caso inicial[ ] Se trata del seguimiento de un caso notificado previamente con **Nº de identificación**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Usted ha notificado este evento a un laboratorio farmacéutico u otro centro de farmacovigilancia?[ ] No [ ] Sí, fue notificado en fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a la organización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |