



## NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_ N° de historia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \* \_\_\_\_\_

Género: \* F  M  Peso: \*\* \_\_\_\_\_ Kg.

Estatura: \_\_\_\_\_ cm. Raza: Blanco  Indio  Mestizo  Negro

Diagnóstico principal: \* \_\_\_\_\_

Otros diagnósticos: \_\_\_\_\_

Medicamento sospechoso: \* \_\_\_\_\_

Dosis: \* \_\_\_\_\_ Frecuencia: \* \_\_\_\_\_ Vía de administración: \* \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de tratamiento: \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de fin de tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de elaboración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ País de origen: \_\_\_\_\_

Número de lote: \_\_\_\_\_ Motivo de uso: \* \_\_\_\_\_

Indicado por: Médico especialista  Médico internista  Otros \_\_\_\_\_

Reacción adversa: \*  Falta de eficacia: \*  Reacción: \* \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la reacción adversa/falta de eficacia: \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de fin de la reacción adversa/falta de eficacia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conducta: \* Continuó la terapia  Disminuyó la dosis

Suspendió la terapia  Desconocido

Evolución:

¿Continuó la reacción? SI  NO

Al reducir la dosis o suspender el fármaco, ¿desapareció la reacción? SI  NO

¿Se readministró el fármaco? SI  NO

¿Reapareció la reacción? SI  NO

Desenlace: \*

Desconocido <input type="checkbox"/>	Resolución espontánea <input type="checkbox"/>
Ameritó tratamiento <input type="checkbox"/>	Tratamiento concomitante <input type="checkbox"/>
Ameritó hospitalización <input type="checkbox"/>	Incapacidad <input type="checkbox"/>
Malformación congénita <input type="checkbox"/>	Muerte <input type="checkbox"/>

**Historia Medicamentosa al momento de presentar la reacción adversa:**

Medicamento (s)	Dosis diaria y vía de administración	Fecha		Motivo de prescripción
		Comienzo	Final	

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de reporte: Espontáneo  Estudio clínico  Monitoreo intensivo

Nombre y apellido del notificador: \* \_\_\_\_\_

Profesión y/o relación con el paciente: \* \_\_\_\_\_

N° de teléfono: \* \_\_\_\_\_

Estado y ciudad: \* \_\_\_\_\_

Los campos marcados con (\*) son obligatorios y deben ser llenados  
 \*\* Obligatorio si es menor de 13 años