



FORMULARIO DE NOTIFICACION DE SOSPECHA DE RAM
(REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS)

Versión 2



SP-01.POE01.FOR02

Página 1 de 1

Código _____

Fecha de notificación _____

I. Información del Paciente

Nombre y Apellido:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico:	edad (años): Peso: Kg

II. Datos Clínicos

Paciente: Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/>
Indicación de uso (diagnóstico):
Antecedentes Clínicos:
Exámenes de Laboratorio:

III. Tratamiento

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis Diaria	Vía de Administración	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
Medicamentos concomitantes				

IV. Descripción de las Reacciones Adversas

Reacciones Adversas	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Seriedad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si el caso fue serio señale el desenlace:
			Anomalías Congénitas <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>
			Amenaza de la vida <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/>
			Discapacidad <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante <input type="checkbox"/>

¿Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso? Si No No se sabe
 ¿Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso? Si No No se sabe

V. Información del Medicamento Sospechoso

Nombre Genérico:	Concentración
Forma Farmacéutica:	Presentación
Nombre Comercial:	Lote:
Fabricante:	Vencimiento:

VI. Notificador

Nombre completo:	Profesión:
Correo electrónico:	Teléfono:
Nombre del Establecimiento:	

Firma y sello del Notificador



INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA.

1. **Código:** Identificación para uso exclusivo del Centro Nacional de Farmacovigilancia.
2. **Fecha de Notificación:** Corresponde a la fecha en la que se reporta la sospecha de reacción adversa.

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

3. **Nombres y Apellidos:** Colocar el nombre completo del paciente con sus apellidos
4. **Sexo:** Elegir la opción M para masculino y F para femenino
5. **Nº de expediente clínico:** Es el número de identificación del paciente
6. **Edad:** Colocar la edad en años cumplidos y si es niño menor de un año en meses
7. **Peso (Kg):** Anotar el peso del paciente en Kilogramos

II. DATOS CLÍNICOS

8. **Paciente:** Elegir si el paciente está hospitalizado o si llegó por consulta ambulatoria o de emergencia.
9. **Indicación de uso (diagnóstico):** Anotar el motivo por el cual se le prescribió el medicamento al paciente.
10. **Antecedentes Clínicos:** Indicar la historia clínica que se considere relevante
11. **Exámenes de Laboratorio:** Especificar valores de los exámenes de laboratorio que puedan estar relacionados con la sospecha de reacción adversa.

III. TRATAMIENTO

12. **Nombre del medicamento sospechoso:** Anotar el nombre del medicamento sospechoso de causar la reacción adversa.
13. **Medicamentos concomitantes:** Colocar todos los medicamentos que el paciente está tomando (aparte del medicamento reportado con sospecha de RAM).
14. **Dosis Diaria:** Colocar la dosis diaria del medicamento sospechoso y concomitante administrado al paciente.
15. **Vía de administración:** Colocar la vía por medio de la cual se le administró el medicamento sospechoso y concomitante al paciente.
16. **Fecha de inicio:** Es cuando el paciente inició el tratamiento, anotar en números: el día, mes y año.
17. **Fecha de finalización:** Es cuando el paciente finalizó o suspendió el tratamiento, anotar en números: el día, mes y año.

IV. DESCRIPCIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS

18. **Reacciones Adversas:** Anotar los principales signos observados y síntomas reportados relacionados al medicamento sospechoso.
19. **Fecha de inicio:** Es cuando el paciente inició con los síntomas y/o signos de las reacciones adversas, anotar en números: el día, mes y año.
20. **Fecha de finalización:** Es cuando finalizaron los síntomas y/o signos de las reacciones adversas presentados en el paciente, anotar en números: el día, mes y año.
21. **Seriedad:** Detallar si la reacción adversa es seria o no seria. Si es seria debe señalar el desenlace.

V. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

22. **Nombre Genérico:** Anotar el nombre del medicamento según denominación común internacional.
23. **Concentración:** Colocar mg (miligramos), g (gramos), mg/mL (miligramos/mililitro), U.I. (unidades internacionales), mcg (microgramos), etc.
24. **Forma Farmacéutica:** Anotar según corresponda: tabletas, cápsulas, jarabe, suspensión oral, etc.
25. **Presentación:** Anotar la cantidad o volumen contenido según corresponda, ejemplo: frasco x 120ml, blíster x 10 tabletas, etc.
26. **Nombre comercial:** Escribir el nombre con el que se comercializa el medicamento.
27. **Lote:** Anotar la combinación de letras, números o símbolos que sirven para su identificación.
28. **Fabricante:** Detallar el nombre del Laboratorio que elabora el medicamento
29. **Vencimiento:** Anotar la fecha de vencimiento del medicamento

VI. NOTIFICADOR

30. **Nombre:** Anotar el nombre completo del profesional de salud que ha efectuado la notificación.
31. **Profesión:** Escribir el nombre de la profesión de la persona que reporta
32. **Correo electrónico:** Detallar la dirección de correo electrónico
33. **Teléfono:** Anotar el número de contacto (celular o fijo)
34. **Nombre del Establecimiento:** Detallar el nombre del establecimiento de salud en el cual se originó la notificación.
35. **Firma y sello del notificador:** En este espacio el notificador debe firmar y colocar el sello que lo identifica como profesional de salud inscrito en la junta de vigilancia respectiva.