

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)

(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES)

Datos del Paciente

Nombres: _____ Ap. Paterno: _____ Ap. Materno: _____
 Sexo*: Masculino Femenino Edad: _____ Nº Ficha: _____
 Peso: _____ Kg. Talla: _____, cm. Unidad/Servicio: _____
 Ej.: Pediatría

Descripción de la Reacción Adversa (Incluidos Datos de Laboratorios)

FECHA INICIO RAM*: _____ Duración de la RAM (Días): _____

DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA:

Fármacos(s)*			Recibió Fármaco Concomitante *				S = Fármaco Sospechoso C = Fármaco Concomitante		
			SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>						
Fármaco(s)	Marca® si la conoce	Dosis	Unidad	Vía de Adm.	Fecha Inicio	Fecha Término	Motivo de la Prescripción	S	C
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamiento de RAM

Paciente recibió tratamiento de RAM*: Si No

Describa:

	Resultado de RAM	Consecuencia de RAM
¿Se suspendió el fármaco sospechoso debido a la reacción adversa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Recuperado	Requirió Hospitalización Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La disminución de la a dosis o la suspensión fármaco sospechoso produjo una disminución de la RAM? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No Recuperado	Prolongó Hospitalización Si <input type="checkbox"/> Señalar días: _____ No <input type="checkbox"/>
¿Se readministró el fármaco sospechoso luego de suspenderlo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muerte Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Secuelas
¿Apareció RAM luego de la readministración del fármaco? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	Causa: _____	Describir: _____

Comentarios (Ej. Antecedentes Clínicos Relevantes, Patología de Base, Alergias, Exposición Previa al Fármaco y Evolución)

Describa:

Informado por

Médico Químico Farmacéutico Enfermera Otro (Señalar) _____
 Nombre: _____
 Establecimiento (Donde detecta la RAM): _____ Fecha de Reporte: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 E-Mail: _____ Fax: _____ Ciudad: _____
 Reporte Inicial: Seguimiento:

* Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar "desconocido".