

ANEXO N° 3

FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE											
Nombres o iniciales(*):				Historia Clínica:			Edad (*):				
Sexo (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Peso(Kg):		DNI o Autogenerado:			Teléfono:				
Centro Asistencial(*):				Servicio:			Cama:				
Diagnóstico Principal o CIE10:											
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS											
Describir la reacción adversa (*)					Fecha de inicio de RAM (*): ___/___/___						
					Fecha final de RAM: ___/___/___						
					Farmacovigilancia intensiva: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
					Gravedad de la RAM (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave						
					Evolución de RAM (Marcar con X)						
					<input type="checkbox"/> Re-aparición por re-exposición						
					<input type="checkbox"/> Recuperado						
					<input type="checkbox"/> Aún no se recupera						
					<input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad						
					<input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización						
					<input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente						
<input type="checkbox"/> Muerte. Fecha: ___/___/___											
<input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita											
<input type="checkbox"/> Desconocido											
<input type="checkbox"/> Otro: _____											
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio posiblemente asociados a la RAM (Incluir fechas pre-RAM y post-RAM)											
Observaciones adicionales relevantes de la historia clínica											
ANTECEDENTES: _____											
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal		<input type="checkbox"/> Insuficiencia Hepática		<input type="checkbox"/> Embarazo		Alergia a: _____					
HÁBITOS NOCIVOS: <input type="checkbox"/> Alcohol		<input type="checkbox"/> Tabaco		Otro: _____							
C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S) (No olvidar. Para productos biológicos debe registrar el nombre comercial, laboratorio o fabricante, número de registro sanitario y número de lote)											
Nombre comercial y genérico*	Laboratorio	Lote	Dosis/ Frec. *	Vía de Adm.	Fecha inicio*	Fecha final /suspensión*	Fecha reexposición*	Indicación terapéutica o CIE 10			
Suspensión(Marcar con X)			Si	No	No aplica	Re exposición(Marcar con X)			Si	No	No aplica
1) ¿Desapareció la RAM al suspender el producto farmacéutico sospechoso?						1) ¿Apareció la RAM al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?					
2) ¿Desapareció la RAM al disminuir la dosis?						2) ¿El paciente ha presentado anteriormente la RAM al medicamento u otro producto farmacéutico?					
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique: _____											
D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)											
Nombre comercial y genérico	Dosis/ frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción						
E. DATOS DEL NOTIFICADOR											
Nombres y apellidos(*):											
Teléfono o Correo electrónico(*):											
Profesión(*):				Fecha de notificación:			N° Notificación:				

Los campos (*) son obligatorios

"Notificar es Prevenir"

Correo electrónico: farmacovigilancia@essalud.gob.pe
Teléfono 265-6000, anexo 1953