

Instructivo de llenado del Formulario de notificación sospecha de eventos y/o Reacción Adversa a Medicamentos (RAM)

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: se refiere a los datos del paciente o las iniciales de este.

Sexo: marcar con una (X) en la casilla correspondiente.

Edad: en caso de que el afectado sea un menor de menos de un año (1) se llenará con el número de meses correspondientes, para los menores de menos de un mes de nacidos se indicaran los días.

Estatura: indicar en pies y pulgadas.

Fecha de notificación: corresponde a la fecha cuando se notifica.

Paciente: se refiere a la condición del paciente en el momento de ocurrir la reacción adversa marcar con una (X)

2. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO DE HABER PRODUCIDO LA REACCIÓN ADVERSA

Nombre del medicamento/ concentración: se refiere al nombre de marca Ej. (Subrox Forte), o nombre genérico Ej. (Ibuprofeno 600mg) del producto.

Indicación: se refiere a la patología del paciente para la cual se indica el medicamento.

Dosis: relativo a dosis diaria, utilizando las unidades de medición (mg, g, ml, Unidades Internacionales (UI) etc.)

Vía de administración: se refiere a la vía utilizada para la administración del medicamento (oral, Intramuscular, intravenosa, vaginal etc).

No. de lote: información disponible en la etiqueta del producto, se refiere a los datos de fabricación del producto.

Fecha de expiración: información disponible en la etiqueta del producto, indica período de validez para el uso del producto

Forma farmacéutica: es la forma en la que se presenta el medicamento, Ej. capsulas, jarabe, tableta, inyectables, etc

Laboratorio fabricante: corresponde al nombre de quien elaboro el medicamento, esta información esta disponible en la etiqueta del producto.

3. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO

Fecha de inicio: es la fecha en la que se inició con la administración del medicamento sospechoso de haber producido la reacción adversa.

Fecha de finalización: corresponde a la fecha en que se finalizo la administración del medicamento sospechoso de haber producido la reacción adversa.

Para las preguntas:

¿Desapareció la reacción adversa / evento adverso al suspender el medicamento?

¿Reapareció la reacción adversa / evento adverso al reiniciar el medicamento sospechoso?

¿Notifico la reacción o evento adverso a su médico?

Deberá marcar con una (X) según corresponda, en caso de no tener la información, se deberá marcar " Datos no disponibles"

Para el Desenlace del evento o reacción adversa a medicamentos: se marcará con una (X) la condición del paciente, según corresponda, si no se cuenta con la información se deberá marcar " Datos no disponibles"

4. USO DE OTRO MEDICAMENTO

Nombre del medicamento: corresponde a los datos de cualquier otro(s) medicamento (s) utilizado(s) por el paciente y que no sea el sospechoso de a reacción. Se deberá indicar además la concentración, dosis diaria e indicación de el o los mismos.

5. ¿Quién notifica?

Nombre completo: corresponde a los datos de quien hace el reporte

Ocupación: profesión u oficio de quien notifica

Teléfono/ws: números de contacto

Localidad: provincia en donde reside quien realiza la notificación

Correo electrónico: dirección de correo electrónico (Si aplica)

Relación con el paciente: Se refiere al parentesco de quien hace la notificación y el paciente.