|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PACIENTE:** |   |   | **CONCEPTO** |   |   | **RECIBIÓ:** |   |   | **FECHA** |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. IDENTIFICACIÓN:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FECHA DE NOTIFICACIÓN** | **INSTITUCIÓN** | **NIVEL** | **ORIGEN (CIUDAD-MUNICIPIO)** |
| **D** | **M** | **A** |   |   |   |
| **NOMBRE DEL PACIENTE** |
|   |
| **HISTORIA CLÍNICA** | **No. IDENTIFICACIÓN** | **PESO** | **SEXO** | **FECHA DE NACIMIENTO (MENORES DE EDAD)** |
|   |   |   | **F M** | **D** | **M** | **A** |

**2. DESCRIPCIÓN DE LAS REACIONES ADVERSAS: En caso de existir otras sospechas de RAMs por favor escriba la fecha de inicio para cada una**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE INICIO RAMs SOSPECHADA(S)** | **D** | **M** | **A** |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. MEDICAMENTO: Marque con una X él o los medicamentos sospechosos en la columna (S)** |  |
| **S** | **MEDICAMENTOS** | **DOSIS/FRECUENCIA VÍA DE ADMINISTRACIÓN** | **DOSIS INICIAL** | **DOSIS FINAL** | **DESENLACE DEL EVENTO** | **GRAVEDAD** | **MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN** | **FECHA INICIO**  | **FECHA FINAL** |
|   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **4. DATOS DEL MEDICAMENTO:**  |
| **REGISTRO SANITARIO** | **LOTE** | **FECHA DE VENCIMIENTO** | **PAÍS** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |