

FORMATO

FARMACOVIGILANCIA



| 1. ORIGEN DEL REPORTE | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-----------------|---------|------------|--|------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------|
| Fecha de notificación | | | Departamento | | | | Distrito / Municipio | | | |
| AAAA MM DD | | | | | | | | | | |
| Institución | | | Servicio | | | | Código de Habilitación | | | |
| 2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | | | | | | | | |
| Régimen de Afiliación: | | | EPS: | | | | Etnia: | | Iniciales: | |
| Fecha de Nacimiento | | | Identificación | | | No. de Identificación | | Sexo | Peso (Kg) | Estatura (cm) |
| AAAA MM DD | | | C.C | C. EXT. | T.I. | R.C. | M.S. | F | | |
| | | | | | | | | M | | |
| Diagnóstico principal y condiciones clínicas concomitantes relevantes: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 3. DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN - En caso de existir otros eventos/reacciones adversas a medicamentos, escriba la fecha de inicio de cada una. | | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio de la reacción | | | | | | | | | | |
| AAAA MM DD | | | | | | | | | | |
| Evolución (Marcar con una X) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Aún sin recuperación | | | | | | | | | | |
| Severidad (Marcar con X) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó hospitalización | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Malformación en recién nacido | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Existió riesgo de muerte a causa de la reacción | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Produjo la muerte (Fecha: _____) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desconocido _____ | | | | | | | | | | |
| 4. MEDICAMENTOS - Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una X en la columna "S", el (los) sospechoso(s) | | | | | | | | | | |
| S | Medicamento (Denominación Común Internacional o Nombre genérico) | DOSIS | | | FRECUENCIA | VÍA DE ADMINISTRACIÓN | VELOCIDAD DE INFUSIÓN | MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN | FECHA INICIO | FECHA FINALIZACIÓN |
| | | CANT. | UNIDAD | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Información comercial del medicamento sospechoso | | | | | | | | | | |
| Fabricante | | | Nombre de Marca | | | Registro sanitario | | Lote | Fecha de vencimiento | |
| 5. MANEJO DEL EVENTO Y DESENLACE | | | | | | | | | | |
| Suspensión (Marcar con X) | | | SI | NO | NA | Re-exposición (Marcar con X) | | SI | NO | NA |
| 1. ¿El evento desapareció al suspender el medicamento? | | | | | | 1. ¿El evento reapareció al re-administrar al medicamento? | | | | |
| 2. ¿El evento desapareció o redujo su intensidad al reducir la dosis? | | | | | | 2. ¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento? | | | | |
| El evento desapareció con tratamiento farmacológico? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> - Cual: _____ | | | | | | | | | | |
| 6. INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE PRIMARIO | | | | | | | | | | |
| Notificante (nombre) | | | | | | Profesión | | | | |
| Dirección (Institución) | | | | | | Teléfono | | Correo Electrónico institucional | | |