



Formulario De Notificación De RAM-PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

I. REPORTE DEL EVENTO

Número/identificación del reporte local:

Número de reporte de la SRS:

Título del reporte (*):		Fecha de notificación:							
Forma que detecta el caso:	Notificación espontánea ☐		Búsqueda activa ☐		Rumor ☐		Noticia ☐		
	Comentario ☐		Estudio ☐		Otro (Explique):				
Tipo de evento:	RAM ☐		Falla terapéutica ☐		Error de medicación ☐		Falsificado/ Fraudulento ☐		
	Uso off-label ☐		Interacción ☐		Intoxicación ☐		Exposición ☐		
	Embarazada: Si ☐ No ☐		Lactando: Si ☐ No ☐						
Semanas de gestación:		Edad del lactante:							
Grave (serio):	Si ☐ No ☐								
Razón de gravedad:	Muerte ☐		Amenaza la vida ☐		Anomalia Congénita o muerte fetal ☐				
	Hospitalización / o su Prolongación ☐		Sospecha de aborto ☐		Discapacidad ☐				
	Incapacidad persistente o significativa ☐		Otra condición médica importante ☐						

II. NOTIFICADOR

Nombre completo:	Profesión:
Correo electrónico (*):	Especialidad Médica:
Nombre del Establecimiento	Teléfono (*):

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o iniciales (*):	Sexo: M ☐ F ☐
Número de Expediente clínico/DUI:	Edad:
Embarazo: si ☐ No ☐	Peso (Kg):
Semana de embarazo:	
Talla (cm):	
Departamento, municipio y distrito de residencia:	

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de detección/consulta:	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>	Diagnóstico del evento:	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>	Fecha de alta:	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>
Paciente fue hospitalizado:	Si ☐	No ☐		Fecha de ingreso:	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>	Fecha de alta:	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>
Indicación de uso del medicamento:	Prescrito: ☐				Automedicado: ☐				Otro: ☐		
Antecedentes Clínicos relevantes:											
Exámenes de Laboratorio:											
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:								
			Medicamento retirado ☐ Dosis aumentada ☐								
			Dosis reducida ☐ Dosis no modificada ☐								
			Cambio de marca ☐ Observación/seguimiento ☐								
Resultado del manejo de la reacción:	Recuperado sin secuelas ☐		Recuperado con secuelas ☐		No recuperado ☐		Se desconoce ☐				
	En proceso de recuperación ☐		Fallecido ☐								
¿Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso?	Si ☐	No ☐	No se sabe ☐								
¿Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso?	Si ☐	No ☐	No se sabe ☐								
¿Antecedente de reacción adversa con el medicamento sospechoso u otro del mismo grupo terapéutico?	Si ☐	No ☐	No se sabe ☐								

IV. MEDICAMENTO

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Medicamentos Concomitantes				

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Nombre genérico:	Concentración:
Forma Farmacéutica:	Presentación:
Nombre Comercial:	Registro Sanitario:
Laboratorio Fabricante:	Lote:
	Vencimiento:

Firma y Sello del Notificador



Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

1. **Número/identificación del reporte local:** Colocar el número o código interno que la unidad efectora asigna al reporte.
2. **Número de reporte del CNFV:** Colocar cuando se cuente con este dato (para los reportes que se remiten de manera electrónica y se recibe el número de notificación vía correo) o dejar para uso exclusivo del Centro Nacional de Farmacovigilancia cuando el reporte se realice solamente en el formulario en papel.

I. REPORTE DEL EVENTO

3. **Título del reporte:** Colocar el nombre genérico o comercial del medicamento que se sospecha generó el evento, seguido de una pleca (/) luego colocar la reacción adversa presentada por el paciente, ejemplo: Atorvastatina/insomnio
4. **Fecha de Notificación:** Corresponde a la fecha en la que se reporta la sospecha de reacción adversa.
5. **Forma en que detecta el caso:** Elegir entre las opciones de notificación espontánea, búsqueda activa, rumor, noticia, comentario, reporte de estudio u otro donde deberá mencionar como se detectó el caso.
6. **Tipo de evento:** Elegir entre las opciones de RAM, Falla terapéutica, Error de medicación, Falsificado/fraudulento, Uso Off-label (indicación no autorizada), Exposición (marcar si es durante el embarazo o lactancia y semanas de gestación o edad del lactante).
7. **Grave (serio):** Elegir la opción de Sí o No; si es Sí, marcar la razón de gravedad.
8. **Razón de gravedad:** Elegir entre las opciones de Muerte, Amenaza la vida, Anomalía Congénita o muerte fetal Hospitalización, Sospecha de aborto, Discapacidad, Incapacidad persistente o significativa u otra condición médica importante que debe detallar.

II. NOTIFICADOR

9. **Nombre:** Anotar el nombre completo del profesional de salud que ha efectuado la notificación.
10. **Profesión:** Escribir el nombre de la profesión de la persona que reporta
11. **Correo electrónico:** Detallar la dirección de correo electrónico
12. **Teléfono:** Anotar el número de contacto (celular o fijo)
13. **Nombre del Establecimiento:** Detallar el nombre del establecimiento de salud en el cual se detectó la notificación.
14. **Firma y sello del notificador:** En este espacio el notificador debe firmar y colocar el sello que lo identifica como profesional de salud inscrito en la junta de vigilancia respectiva. (no aplica para notificación ciudadana)

III. INFORMACION DEL PACIENTE

15. **Nombres y Apellidos:** Colocar el nombre completo del paciente con sus apellidos, o las iniciales de nombre completo.
16. **Sexo:** Elegir la opción M para masculino y F para femenino
17. **Número de expediente clínico/Documento de identidad:** Es el número de identificación del paciente en el establecimiento de salud que detectó la notificación o el DUI/CUN/# de pasaporte o carnet de residente.
18. **Edad:** Colocar la edad en años cumplidos.
 - Si el paciente es recién nacido menor a 1 hora expresar edad en minutos.
 - Si el recién nacido es menor a 24 horas expresar la edad en horas.
 - Si el recién nacido es menor a 30 días expresar edad en días.
 - Si el paciente es menor de 1 año expresar edad en meses.
 - Si el paciente es mayor o igual a 1 año expresar edad en años
19. **Peso (Kg):** Anotar el peso del paciente en Kilogramos
20. **Talla (cm):** Anotar la talla o estatura en centímetros
21. **Embarazo:** Colocar sí o no, si es sí colocar semanas de embarazo.

IV. HISTORIA CLÍNICA

22. **Fecha de detección/consulta:** Anotar la fecha en que se detectó o que el paciente consultó por la RAM.
23. **Diagnóstico del evento:** Escribir la patología o diagnóstico médico específico que presenta el paciente, por Ejemplo: síndrome de Stevens-Johnson.
24. **Paciente fue hospitalizado:** Colocar Sí o No, además de la fecha de ingreso y la fecha que es dado de alta.
25. **Indicación de uso del medicamento:** Anotar el motivo por el cual el paciente utiliza el medicamento. Especificar si fue prescrito, automedicado u otros en caso de no ser ninguna de las dos anteriores o desconocer la información.
26. **Antecedentes Clínicos relevante:** Colocar datos de la historia clínica en forma cronológica y datos que se considere relevante para la evaluación (distintos a la reacción adversa o evento reportado). Además, incluir antecedentes médicos, personales, alérgicos, quirúrgicos, ginecológicos u obstétricos.
27. **Exámenes de Laboratorio:** Especificar valores de los exámenes de laboratorio que puedan estar relacionados con la sospecha de reacción adversa o adjuntar documentos con la información detallada.
28. **Reacciones Adversas:** Anotar los principales signos y síntomas reportados, relacionados al medicamento sospechoso.
29. **Fecha de inicio:** Es cuando el paciente inició los signos y/o síntomas de la/s reacciones adversas o evento/s adverso/s; anotar en números: el día, mes y año.
30. **Fecha de finalización:** Es cuando finalizaron los signos y/o síntomas de la/s reacciones adversas o evento/s adverso/s que presentó el paciente, anotar en números: el día, mes y año. Si no han finalizado, colocar la palabra: Continúa.
31. **Acción tomada ante la reacción:** Elegir entre las opciones (puede ser más de 1): Tratamiento terapéutico, Medicamento retirado, Dosis reducida, Cambio de marca, Dosis aumentada, Dosis no modificada, Observación/seguimiento.
32. **Resultado del manejo de la reacción:** Elegir entre las opciones de Recuperado sin secuelas, Recuperado con secuelas, No recuperado, En proceso de recuperación, Fallecido o Se desconoce.
33. **Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso:** Colocar sí, no o no sabe.
34. **Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso:** Colocar sí, no o no sabe

V. MEDICAMENTO

35. **Nombre del medicamento sospechoso:** Anotar el nombre del medicamento sospechoso de causar la reacción adversa.
36. **Medicamentos concomitantes:** Colocar todos los medicamentos que el paciente está tomando (adicional al medicamento sospechoso de causar la reacción adversa o evento adverso).
37. **Dosis en unidades por intervalo:** Colocar la dosis del medicamento/s sospechoso/s y concomitante/s, diaria o por intervalos correspondientes, administrados al paciente. Por ejemplo: Si el medicamento es Metformina 850 mg/tableta, colocar 850 mg /12 horas o 1 tableta (850 mg) /12 horas.
38. **Vía de administración:** Colocar la vía por medio de la cual se le administró el medicamento sospechoso y concomitante al paciente (oral, intravenosa, nasal, oftálmica u otras).



Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

39. **Fecha de inicio:** Es cuando el paciente inició el tratamiento, anotar en números: el día, mes y año.

40. **Fecha de finalización:** Es cuando el paciente finalizó o suspendió el tratamiento, anotar en números: el día, mes y año. Si no se ha suspendido el uso del medicamento, colocar: Continúa. Si se desconoce, colocar: Desconocido.

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

41. **Nombre Genérico:** Anotar el nombre del medicamento según denominación común internacional (Principio activo).

42. **Concentración:** Colocar concentración por unidad de medida en mg (miligramos), g (gramos), mg/mL (miligramos/mililitro), U.I. (unidades internacionales), mcg (microgramos), etc. Ejemplo: 10 mg/mL

43. **Forma Farmacéutica:** Anotar según corresponda: tabletas, cápsulas, jarabe, suspensión oral, etc.

44. **Presentación:** Anotar la cantidad o volumen contenido según corresponda, ejemplo: frasco x 120ml, blíster x 10 tabletas, etc.

45. **Nombre comercial:** Escribir el nombre con el que se comercializa el medicamento.

46. **Lote:** Anotar la combinación de letras, números o símbolos que sirven para su identificación.

47. **Fabricante:** Colocar el nombre del Laboratorio fabricante del medicamento.

48. **Vencimiento:** Anotar la fecha de vencimiento del medicamento.

49. **Registro Sanitario:** Anotar el registro sanitario del medicamento.

Nota: Los campos del formulario marcados con (*), son de carácter obligatorio para considerar válida la notificación.