

REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA DE MEDICAMENTOS

Fecha: _____ / _____ / _____

1. DATOS DEL PACIENTE

Iniciales del paciente	Fecha de nacimiento			Edad	Sexo		Estatura (cm)	Peso (kg)
	Día	Mes	Año	Años	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			

Datos relevantes de la historia clínica:

Alergias: _____

1.1 DATOS DE QUIEN REPORTA

Nombre _____
 Parentesco _____
 Teléfono (Incluir lada) _____ Email _____

2. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO

Nombre comercial:	Nombre genérico:	Concentración:	
Vía de administración:	Dosis:	No. de lote:	Caducidad:
Fecha de inicio del tratamiento	Fecha de término del tratamiento		Motivo de prescripción:
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	

3. DATOS DE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Fecha de inicio del evento	Día	Mes	Año
----------------------------	-----	-----	-----

Descripción completa y detallada del evento adverso:

Indicar si se administró o tomó al mismo tiempo otro(s) medicamento(s):

Medicamento	Dosis	Vía de administración	Fecha		Motivo de prescripción
			Inicio	Término	

¿Desapareció la reacción al suspender el medicamento?
 Si No No sabe

¿Disminuyó la dosis del medicamento?
 Si No No sabe

¿Reapareció la reacción al readministrar el medicamento?
 Si No No sabe

Si no se retiró el medicamento, ¿Persistió la reacción?
 Si No No sabe

Consecuencias del evento (marcar la opción que aplique):

<input type="checkbox"/> Recuperado sin secuela	<input type="checkbox"/> Muerte, el fármaco pudo haber contribuido	<input type="checkbox"/> No se sabe
<input type="checkbox"/> Recuperado con secuela	<input type="checkbox"/> Muerte, no relacionada al medicamento	
<input type="checkbox"/> No recuperado	<input type="checkbox"/> Muerte, debido a la reacción adversa	