Antes de llenar este formato consulte la guía y lea cuidadosamente el instructivo adjunto

Llenar con letra de molde legible o a maquina

|  |
| --- |
| 1.- INFORME DE SOSPECHA DE REAACIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS. |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN: | FECHA DE RECEPCIÓN: | NO. NOTIFICACIÓN: |
| QUIEN REPORTA:: | SERVICIO: |
| 1.1. DATOS DEL PACIENTE |
| INICIALES DEL PACIENTE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | ESTATURA ( cm) | PESO ( Kg. ) |
| AÑO | MES | DIA |
| DIAGNOSTICO: |
| ALERGIAS CONOCIDAS | EMBARAZO | SI | NO |
| 1.2 DATOS DE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA |
| INICIO DE LA REACCION | DESCRIPCIÓN DE (LOS) VENTO(S) ADVERSO(S) (INCLUYENDO LOS DATOS DE EXPLORACIÓN Y DE LABORATORIO) | CONSECUENCIA DEL EVENTO |
| DIA | MES | AÑO | RECUPERADO SIN SECUELA |  |
|  |  |  | RECUPERADO CON SECUELA |  |
|  |  | NO RECUPERADO |  |
| MUERTE - DEBIDO A LA REACCION ADVERSA |  |
| MUERTE RELACIONADA -- EL FÁRMACO PUDO HABER CONTRIBUIDO |  |
| MUERTE NO RELACIONADA AL FARMACO |  |
| NO SE SABE |  |

|  |
| --- |
| 1.3 INFORMACION SOBRE EL MEDICAMENTO SOSPECHOSO |
| NOMBRE GENERICO | NOMBRE COMERCIAL | LABORATORIO PRODUCTOR |
| NUMERO DE LOTE | FECHA DE CADUCIDAD | DOSIS |
| VIA DE MINISTRACIÓN | FECHAS DE MINISTRACIÓN | MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN |
| INICIO | TERMINO |
|  |  |  |  |  |  |
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| ¿RETIRO EL MEDICAMENTO? | ¿ SE CAMBIO LA FARMACOTERAPIA? |
| SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI CUAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NO |
| DESAPARECIO LA REACCION AL SUSUPENDER EL MEDICAMENTOSI\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO SE SABE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | REAPARECIO LA REACCION AL MINISTRAR EL MEDICAMENTOSI\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_NO SE SAME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SE DISMINUYO LA DOSISSI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿ CUANTO?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI NO RETIRO EL MEDICAMENTO ¿PERSISITIO LA REACCIÓN?SI\_\_\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_\_NO SE SABE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1.4 FARMACOTERAPIA CONCOMITANTE |
| MEDICAMENTO | DOSIS | VIA DE MINISTRACION | FECHAS | MOTIVO DE PRESCRIPCION |
| INICIO | TERMINO |
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTO

REACCION ADEVERSA A MEDICAMENTO: Es la respuesta a un medicamento la cual es nociva no intencionada y que ocurre a la dosis normalmente usadas en el hombre para la profilaxis el diagnostico, la terapéutica o la modificación de una función biológica OMS.

CLASIFICACION

LEVE: Se presentan con signos y síntomas fácilmente tolerados, no necesitan tratamiento, ni prolongan la hospitalización y pueden o no requerir de la suspensión del medicamento

MODERADA: Interfiere con las actividades sin amenazar directamente la vida del paciente. Requiere de tratamiento farmacológico y puede o no requerir la suspensión del medicamento causante de la reacción adversa.

GRAVES (SERIAS): Cualquier ocurrencia médica que se presente con la administración de cualquier dosis de un medicamento que ocasione lo siguiente.

* Pone en peligro la vida o causa la muerte al paciente
* Hace necesario hospitalizar o prolongar la estancia hospitalaria
* Es causa de invalidez o de incapacidad persistente o significativa
* Es causa de alteraciones o malformaciones en el recién nacido
* Letal: Contribuye directamente a la muerte del paciente

Aviso en reacción moderada o grave, avisar en un lapso de 1 a 3 días hábiles posteriores a la detección

Aviso en reacción leve a visar en un lapso de 1 a 7 días hábiles posteriores a la detección.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. AVISO DE SOSOPECHA DE REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS

|  |  |
| --- | --- |
| INICIALES DEL PACIENTE | Indicar las iniciales correspondientes al paciente( Iniciar con apellido paterno, materno y nombre) |
| FECHA DE NACIMIENTO | Indicar año, mes y día |
| EDAD | En años. Si los afectados son niños menores de dos años debe expresarla en meses. Cuando se trata de malformaciones congénitas informar la edad y sexo del bebe en el momento de la detección y agregue la edad de la madre. |
| SEXO | Marcar con una F si es femenino y una M si es masculino |
| ESTATURA | Indicar la estatura del paciente en centímetros |
| PESO | Indicar el peso del paciente en Kilogramos |
| DATOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLINICA : Describir datos de importancia en la historia clínica como: diagnostico, alergias y embarazo  |

1. DATOS DE LA SOSOPECHA DE LA REACCION ADVERSA

|  |  |
| --- | --- |
| INICIO DE LA REACCION | Señalar e l mes día y año en que ocurrió el evento  |
| DESCRIPCIÓN DE LA SOSOPECHA DE REACCION ADVERSA | Indicar el diagnostico clínico de certeza y/o presuntivo que motivo la medicación y posteriormente los signos y síntomas de la reacción adversa . Si se detecta un efecto terapéutico no conocido hasta la fecha, puede indicarse en este espacio. En caso de tratarse de malformaciones congénitas, precise el momento del embarazo en que ocurrió el impacto. Si se detectara falta de respuesta terapéutica a un medicamento, debe comunicarse como una reacción adversa. Ser deberá incluir lo(s) medicamentos(s) utilizados para tratar la reacción adversa. |
| CONSECUENCIA DEL EVENTO | Marca con una “X“ el resultado obtenido después de sucedida la atención y cual fue el resultado final.  |

1. INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO SOSOPECHOSO

|  |
| --- |
| Señalar en primer termino el fármaco sospechoso, su nombre genérico y denominación distintiva, número de lote laboratorio productor y fecha de caducidad, indicar la dosis diaria, (en pediatría indicar la dosis por Kg. de peso ) Señale la vía de administración, así como fecha de inicio de la farmacoterapia y fecha de finalización de la misma. Indicar el motivo de la prescripción. Señalar si desapareció la reacción al suspender la medicación y/o si reapareció la reacción al readministrar el medicamento.  |

1. FARMACOTERAPIA CONCOMITANTE

|  |
| --- |
| Indicar los medicamentos concomitantes incluyendo los de automedicación así como la fecha de administración. Indicar en el motivo de la prescripción |

1. DATOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLINICA

|  |
| --- |
| Describir datos de importancia de la historia clínica como diagnostico, alergias, embarazo |
|  |

TURNO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EXTENSION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para cualquier duda favor de comunicarse el comité de fármaco vigilancia a las Extensiones

FARMACIA: L.F. XOCHITL MORALES BUSTAMANTE ext. 18136

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EI. EMILIA AGUILAR PEREZ ext. 12111, 12115

GESTION DEL CUIDADO LEO. SOCORRO DIOSDADO LOPEZ ext. 12225