

**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO
 POR PROFESIONALES SANITARIOS**

Unidad que reporta:	Provincia	Municipio
---------------------	-----------	-----------

PACIENTE:		
Nombre y Apellidos _____		
Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Color de la Piel: _____ Peso (kg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nombre del que reporta: _____	Médico <input type="checkbox"/>	Lic. Farmacia <input type="checkbox"/>	Téc. Farmacia <input type="checkbox"/>	Lic. Enfermeri <input type="checkbox"/>
	Enfermera <input type="checkbox"/>	Estomatólogo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	

Medicamentos tomados hasta 3 meses antes de la RAM. Marcar con una cruz los sospechosos	Lote	Via de Administración	Dosis diaria	TRATAMIENTO						Motivo de Prescripción
				Inicio			Fin			
				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	

Fabricante: _____	Patologías que presenta el paciente _____
-------------------	---

REACCIONES. Enumérense por separado	Fecha de Inicio			Fecha de Término			Requirió ingreso o prolongó su estadía hospitalaria		Atención de Urgencia		Puso en peligro su vida	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año						

	SI	NO
¿Se ha suspendido la medicación?		
¿Ha mejorado al suspenderla?		
¿Se administró nuevamente este medicamento?		
¿Si se administró nuevamente, hubo recurrencia de síntomas?		

DESENLACE	
Recuperado	<input type="checkbox"/>
No recuperado	<input type="checkbox"/>
Recuperado con secuela	<input type="checkbox"/>
Mortal	<input type="checkbox"/>

Observaciones adicionales:

INSTRUCTIVO AL DORSO

Fecha de Notificación:

Día	Mes	Año

MODELO 33-36-02

Notificación de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos Informe Confidencial

1. Por favor notifique todas las reacciones a los fármacos recientemente introducidos en el mercado y todas las reacciones moderadas, severas, raras y mortales a todos los medicamentos, productos estomatológicos, quirúrgicos, DIU, suturas y lentes de contacto.
2. Indique el/los medicamentos a que se atribuyen los efectos nocivos causados al paciente (en caso de existir más de uno marque con un asterisco el nombre del más sospechoso). Indique además todos los medicamentos administrados los tres meses anteriores.
3. No deje de notificar reacciones adversas raras por considerar que no estén relacionadas con el medicamento, estas pueden ser las más importantes.
4. En caso de anomalías congénitas, aunque estas fueran menores, indique todos los medicamentos tomados por la madre durante la gestación. En el acápite patologías que presenta el paciente poner las patologías maternas crónicas y las padecidas durante la gestación, sin olvidar las etiologías infecciosas.
5. Debe poner en observaciones especiales cualquier dato de interés que crea importante incluir, incluyendo procederes que hubo de indicársele al paciente para el tratamiento de la reacción, hábitos tóxicos, resultados de exámenes complementarios, etc.
6. Trate siempre de llenar la planilla completa, sin omitir nada, pero **NO DEJE DE NOTIFICAR PORQUE LE FALTE ALGUN DATO.**

ESTA PLANILLA DEBE ENVIARSE A LA FARMACIA PRINCIPAL MUNICIPAL QUE LA HARA LLEGAR A LA UNIDAD PROVINCIAL DE FARMACOVIGILANCIA UBICADA EN LA VICEDIRECCION DE MEDICAMENTOS DE LA DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD.

Cualquier consulta o ampliación de la información contactar con:
Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.
Calle 44 esq. 5ta Avenida. Miramar. Playa. Ciudad de La Habana.
CP 11300
Teléfono: 206-56-03
Email: cdf@infomed.sld.cu