

Modelo 33-36-03 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Farmacia	NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE EFECTOS NO DESEADOS A MEDICAMENTOS POR PACIENTES/CONSUMIDORES (INFORME CONFIDENCIAL)		Pág. 1 de 1			
			Mes			
			Año			
Provincia		Municipio		Barrio		
PACIENTE: Nombre y apellidos _____ Edad: _____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Color de la Piel: B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Peso (kg) _____						
Paciente <input type="checkbox"/>		Persona que reporta <input type="checkbox"/>				
Medicamentos tomados hasta 3 meses antes de producirse el efecto no deseado asociado con el tratamiento. Marcar con una cruz los que sospecha que le causan los efectos	Presentación del medicamento. Marque con una cruz	Cantidad al día	¿Para qué lo usó?			
	<input type="checkbox"/> Inyectable					
	<input type="checkbox"/> Tableta					
	<input type="checkbox"/> Jarabe					
	<input type="checkbox"/> Crema					
	<input type="checkbox"/> Gotas					
	<input type="checkbox"/> Ovulo o tableta vaginal					
	<input type="checkbox"/> Nebulización (spray)		Otras enfermedades que padece (Hipertensión arterial, diabetes mellitus et			
	<input type="checkbox"/> Gotas óticas					
EFECTOS NO DESEADOS	Requirió atención de urgencia		Requirió ingreso		Estuvo en peligro de muerte	Tiempo pasado entre consumo del medicamento e inicio de los efectos no deseados
	SI	NO	SI	NO	SI	
						Minutos
						Horas
						Días
						Semanas
						Meses o más
Posterior al efecto no deseado el paciente:					SI	NO
Se recuperó	<input type="checkbox"/>	¿Dejó de usar el medicamento?				Fecha de notificación:
No se recuperó	<input type="checkbox"/>	¿Ha mejorado después de dejar de usarlo?				
Se recuperó pero quedó algún daño	<input type="checkbox"/>	¿Volvió a usar el medicamento?				
Mortal	<input type="checkbox"/>	¿Si lo utilizó de nuevo, volvió a sentir los efectos no deseados?				
¿Quiere usted decir algo más? 						