Datos del Paciente Fecha Inicio Fecha Final

(C.I. o N° de Ficha Médica) Efecto Adverso Efecto Adverso

Nombre Peso Altura Edad Sexo Hospitalizado

(Iniciales) Si/No

Código VF (solo para dpto. FV):

Código FV (solo para dpto. FV):

|  |
| --- |
|  Descripción de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)\* |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Descripción breve del cuadro clínico (patología base) y otras observaciones |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  Descripción de exámenes complementarios relevantes (con fecha) Se adjunta: SI NO |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Descripción del problema relacionado con el medicamento (PRM) |
|  Falta de eficacia Errores de medicación Abuso de uso de medicamentos Interacciones medicamentosas |
|  Intoxicación Uso de medicamentos para indicaciones no aprobadas Otros (especificar): |
|  |

\*Medicamentos: marque con un asterisco los agentes. Incluya los no prescriptos (automedicación y productos naturales)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Nombre genérico  | Nombre comercial | Lote | Vía de administración | Dosis (mg/día) | N° Dosis diaria | Fecha inicio | Fecha final | Motivo de la medicación |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Resultado

|  |  |
| --- | --- |
|  Recuperado | ¿La suspensión o reducción de la dosis del medicamento sospechoso causó la disminución o desaparición de la reacción adversa? |
|  Recuperado con secuelas  |  |
|  No Recuperado | SI NO NO SABE |
|  Desconocido |  |
|  Requirió o prolongó hospitalización | ¿Una nueva exposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa? |
|  Malformación |  |
|  Riesgo de vida | SI NO NO SABE |
|  Fatal |  |

**Datos del Notificador**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Profesional: |  | **Puede notificar las reacciones adversas al:****Fax: +595 21 453 666 / +595 21 444 274. Int. 205*****e-mail: farmacovigilancia.dnvs@mspbs.gov.py*** |
| Profesión: |  |
| Lugar de trabajo: |  |
| Dirección: |  |
| Telefax: |  |
| e-mail: |  |

Fecha de este reporte: Fecha de recepción (solo para dpto. FV)

|  |
| --- |
| **Notas importantes:**(\*) Campos obligatoriosLos datos del paciente y los del notificador son confidenciales.No deje de notificar por desconocer una parte de la información que solicitamos |