



PROCESO DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A LA DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA (DNVS) MEDIANTE FICHA DE NOTIFICACIÓN

Ficha de Notificación o Tarjeta Amarilla

Datos del Paciente (C.I. o N° de ficha médica):
Indique el N° de C.I. o de ficha médica del paciente (opcional)

Fecha de inicio Efecto Adverso: indique la fecha de inicio de la reacción adversa.
Fecha Final Efecto Adverso: indique la fecha final de la reacción adversa.

1. **Nombre (iniciales):** indique las iniciales del paciente.
2. **Peso:** indique el peso en kilogramos (Kg) del paciente.
3. **Altura:** indique la altura en metros y centímetros.
4. **Edad:** en años, si es menor de dos años, la edad se indicará en meses. Para recién nacido, mencione la edad en días o semanas.
5. **Sexo:** utilice la letra F para sexo femenino o M para sexo masculino.
6. **Hospitalizado Si/No:** indique si el paciente se encuentra hospitalizado al momento de recibir la medicación.

Código VF y FV: campos exclusivos para el departamento de farmacovigilancia, el notificador no debe completar.

Descripción de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM): describa las reacciones adversas detectadas luego de la administración del/los medicamento/s. Incluir las descritas y no descritas en el prospecto.

Descripción breve del cuadro clínico (patología base) y otras observaciones: mencione el motivo por el cual el paciente consume el medicamento y si padece de alguna otra enfermedad y toda la condición médica previa de importancia.

Exámenes complementarios (con fecha): describa o anexe una copia de los exámenes complementarios del paciente con las fechas correspondientes. Ejemplo: análisis de sangre.

Descripción del problema relacionado con el medicamento: utilizar los siguientes criterios: seleccione una o más opciones, aclare en caso de seleccionar "otros".

Medicamentos: indicar el nombre del medicamento sospechoso, N° de lote, vía de administración (ejemplo: oral, inyectable etc.), dosis, cantidad de veces al día, fecha de inicio y final de la medicación, y el motivo de la medicación (ejemplo: diabetes). Además de otros medicamentos que consume, incluyendo los de automedicación y productos naturales.

Resultado: marque la casilla correspondiente al resultado final.



TESÁI HA TEKO
PORÁVE
Motenondcha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



Dirección Nacional
de Vigilancia Sanitaria

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional 1864 – 1870"



Datos del notificador: complete los datos de la persona que realiza la notificación.



Fecha de este reporte: indique la fecha de llenado de la Ficha de Notificación.



Fecha de recepción: campo exclusivo para el departamento de farmacovigilancia, el notificador no debe completar.



La Ficha de Notificación debe ser entregada a la DNVS, sito en Iturbe N° 883 casi Manuel Domínguez o puede ser enviada a través de correo electrónico (farmacovigilancia.dnvs@mspbs.gov.py) o fax (+59521444274). Interno 205).

RECUERDE: También puede realizar su notificación on-line
Ingrese a la página Web del MSPBS: <https://www.mspbs.gov.py>
Ingrese al enlace "Reporte de Reacciones Adversas a Medicamentos", ubicado en la parte inferior de la pantalla

SIGA EL PROCEDIMIENTO DE REACCIONES ADVERSAS A LA DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA (DNVS) MEDIANTE PÁGINA WEB