



" Sesquicentenario de la Epopeya Nacional 1864 – 1870 "

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

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 (la ubicación puede variar dependiendo de las actualizaciones realizadas a la página web)

Verifique que aparezca el logo del MSPBS y del Sistema Nacional de Farmacovigilancia; luego observe indicaciones básicas como: * = campo obligatorio y ? = texto de ayuda para el campo.

Ingrese los datos del Notificador:

- **Email***: correo electrónico particular o laboral.
- **Idioma***: configurado por defecto (español).
- **Notificador***: seleccione su profesión. En caso de no encontrar su profesión, seleccionar "Otro. No profesional de la Salud" y detalle ésta información en la sección: "Describa lo sucedido" (en la siguiente página).
- Digitalice los caracteres de seguridad según configurado.
- Seleccione el cuadro "Acepto las condiciones".
- Click en el recuadro "Próxima página".

* campo obligatorio.

Se visualizarán los datos del Notificador

Consumidor del medicamento: registre los datos del paciente según el formato establecido:

- **Iniciales:** registre las iniciales del paciente o código de identificación del paciente.
- **Sexo:** seleccione según corresponda.
- **Peso:** registre según corresponda. Utilice punto como separador decimal.
- **Fecha de nacimiento o edad:** registre solo una de las dos informaciones, la fecha de nacimiento o la edad al comienzo de la reacción.
- **País donde ocurrió(eron) las(s) reacción(es):** por defecto aparece Paraguay.

Describa lo sucedido: relate como ha ocurrido la sospecha de RAM. Incluya: diagnóstico del paciente, fechas de comienzo y final de la administración del medicamento y de las reacciones adversas (ej: dolor de cabeza, vómitos, erupción cutánea, etc.), medicamentos que consume, resultado de la reacción. Opcional: incluya en el cuadro más datos del notificador: nombre, institución, domicilio, ciudad, teléfono de contacto y correo electrónico.



Reacción(es) / Síntoma/s: describa brevemente cada reacción o síntoma, incluyendo los datos relevantes. Ejemplo: dolor de cabeza, vómito, estreñimiento, rash cutáneo, etc.



Fecha de comienzo y fecha de finalización, o duración: corresponde a la fecha de aparición y cese de la reacción adversa. Registre fecha de comienzo y fecha de finalización o duración.



Resultado de la reacción: seleccione la opción que corresponda (solo una opción).

- Si existe más de una reacción adversa a medicamentos, click en el recuadro "Agregar otra reacción/síntoma".
- Si se trata de una RAM grave, seleccione la/s consecuencia/s de acuerdo a lo que corresponda. Para RAM leves y moderadas no seleccione ninguna de estas opciones



Medicamentos: ingrese todos los datos posibles del medicamento, incluyendo N° de lote en uno de los campos de texto libre.

- **Nombre del medicamento:** preferentemente nombre comercial.
- **Laboratorio representante del medicamento:** corresponde al Titular de Registro Sanitario en Py.
- **Posible causante de la reacción:** seleccione solo en caso de sospechar que el medicamento citado produjo la reacción adversa.
- **Concentración:** corresponde a la concentración del/los principio/s activo/s, declarada en el envase primario o secundario.
- **Dosis:** mencione la dosis administrada por día. Ejemplo: 2 comprimidos 3 veces al día.
- **Vía de Administración:** seleccione una de las opciones que figuran. Ejemplo: oral.
- **Lugar donde se obtuvo el medicamento:** seleccione una de las opciones que figuran.
- **Fecha de comienzo y fecha de fin de administración o duración:** corresponde a la fecha de inicio y fin de la administración del medicamento.
- **Razón para el consumo de los medicamentos:** mencione el motivo de la administración del medicamento. Ejemplo: tos seca.
- **Describa las acciones tomadas:** mencione las acciones realizadas luego de la aparición de la reacción adversa. Ejemplo: visita al médico.
- **Acción tomada con la medicación:** seleccione una de las opciones que figuran. Ej.: medicamento retirado.
- **¿La medicación había causado una reacción similar antes?:** seleccione respuesta correspondiente. Si se trata de más de un medicamento, presione "Agregar otro medicamento" para que aparezca un nuevo cuadro para llenar.



Información adicional: llenar el campo con informaciones sobre historia clínicas u otra información importante.





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



TETĀ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Paraguay
de la gente

" Sesquicentenario de la Epopeya Nacional 1864 – 1870 "

1. Click en el recuadro *"Próxima página"*.
2. Aparecerá un resumen de todo lo relatado, favor asegurarse que contenga la mayor cantidad de información posible y corroborar que no haya errores de datos.
3. Click en el recuadro *"enviar"*.
4. El notificador recibirá un correo de confirmación de envío con el código correspondiente a la notificación realizada.
5. El reporte automáticamente aparecerá en la bandeja de entrada de la base de datos del Departamento de Farmacovigilancia de la DNVS, el cual será verificado, codificado y remitido al Centro Colaborador Uppsala Monitoring Centre.