

	FORMATO DE NOTIFICACION DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	Fecha de Emisión Junio de 2023
		Versión: 01

FECHA DE NOTIFICACIÓN

DD	MM	AA
-----------	-----------	-----------

- Reacción adversa a medicamento
- Sospecha de fallo terapéutico
- Error de medicación
- Problema de calidad (cuando genere una reacción adversa a medicamento)
- Otros (uso fuera de indicación autorizada, sobredosis, mal uso, uso en embarazo o lactancia)

ESPECIFIQUE:

1. INFORMACION DEL REPORTANTE

Nombre del reportante primario:	
Teléfono del reportante:	
Correo electrónico institucional del reportante primario:	
Profesión del reportante primario:	
País:	Ciudad:
Hospital / Clínica/ Empresa:	

2. INFORMACION DEL PACIENTE

Iniciales del paciente:	No. documento de identidad:
Sexo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:
Peso:	Talla: cm
Profesión del reportante primario:	

Diagnostico actual:

Otras enfermedades:



FORMATO DE NOTIFICACION DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS

Fecha de Emisión
Junio de 2023

Versión: 01

3. INFORMACION DEL EVENTO ADVERSO

Fecha de inicio del evento Adverso: AA MM DD	Evento adverso:	Fecha fin del evento adverso AA MM DD
Descripción del evento adverso:		Evolución (Marcar con una X) Recuperado / Resuelto sin secuelas Recuperado / Resuelto con secuelas Recuperando / Resolviendo No recuperado / No resuelto Fatal Desconocido Seriedad (Marcar con X) Produjo o prolongó hospitalización Anomalía congénita Amenaza de vida Muerte (Fecha: _____) Produjo discapacidad o incapacidad permanente /condición médica importante
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio:		

4. INFORMACION DE LOS MEDICAMENTOS

Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una "S" el (los) sospechoso(s), con una "C" el (los) concomitantes y con una "I" las interacciones.

S/C/I	Medicamento (Denominación Común Internacional o Nombre genérico)	Motivo de Prescripción	Dosis		Dosis por aplicación	Frecuencia de administración	Vía de administración	Velocidad de infusión	Fecha de inicio	Fecha de finalización
			Cantidad	Unidad de medida						

Información comercial del medicamento sospechoso
(En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre Comercial)

Titular del Registro sanitario	Nombre de medicamento	Registro sanitario	Lote

REPORTE TODA SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO: Eventos o reacciones esperadas o conocidas, leves, no serias y serias. De igual forma los eventos relacionados con posibles errores de medicación. Por favor enviar este reporte diligenciado lo más completo posible al correo: directortecnico@vonhallerlaboratorios.com