

**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA**  
**FICHA DE NOTIFICACION DE ERRORES DE MEDICACIÓN**
**PAÍS:** Argentina **PROVINCIA, LOCALIDAD** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

 Nombre y Apellido / Iniciales: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DEL ERROR** Describa la secuencia de los hechos lo más detallada posible.

--

**TIPO DE ERROR DE MEDICACIÓN** (marque todas las que correspondan, puede ser más de una)

1. Medicamento no indicado/apropiado	2. Duplicidad terapéutica	3. Omisión de dosis
4. Dosis incorrecta (mayor o menor)	5. Frecuencia/intervalo incorrecto	6. Forma farmacéutica equivocada
7. Preparación/manipulación	8. Técnica de administración incorrecta	9. Vía de administración equivocada
10. Paciente equivocado	11. Duración tratamiento incorrecta	12. Medicamento vencido/deteriorado
13. Etiquetado/prospecto/envasado	14. Falta de cumplimiento paciente	15. Falta de monitoreo
16. Otro (especificar): _____		

**ETAPA EN LA QUE OCURRIÓ EL ERROR DE MEDICACIÓN**

1. Prescripción	2. Transcripción	3. Dispensación	4. Almacenamiento
5. Preparación/Manipulación	6. Administración	7. Monitorización/Seguimiento	8. Otra (especificar)

¿Quién detectó el error?		¿Dónde ocurrió el error?	
Médico	Paciente	Hospital	Domicilio del paciente
Enfermero	Familiar Paciente	Farmacia	Consultorio Médico
Farmacéutico	Otro (especificar)	Centro Atención Primaria	Otro (especificar)

**CATEGORÍA DEL ERROR**

Error Potencial	Categoría A	Circunstancias o incidentes con capacidad de causar error
Error sin daño	Categoría B	El error se produjo, pero no alcanzó al paciente
	Categoría C	El error alcanzó al paciente, pero no le causó daño
	Categoría D	El error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero requirió monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño
Error con daño	Categoría E	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y requirió intervención
	Categoría F	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y requirió o prolongó la hospitalización
	Categoría G	El error contribuyó o causó daño permanente al paciente
	Categoría H	El error comprometió la vida del paciente y se requirió intervención para mantener su vida
Error mortal	Categoría I	El error contribuyó o causó la muerte del paciente

 Si el medicamento *si fue administrado al paciente*, describa el desenlace (ej: muerte, tipo de lesión, efecto adverso) \_\_\_\_\_

 Si el medicamento *no fue administrado al paciente*, describa la intervención que lo evitó \_\_\_\_\_

**Completar el sig. cuadro sólo si el medicamento implicado en el error se debió a confusión entre medicamentos**

	Medicamento 1	Medicamento 2
Nombre genérico de la droga		
Nombre comercial y Laboratorio		
Dosis		
Forma farmacéutica		
Vía de administración		

*Medicamento 1: el que se administró real o potencialmente. Medicamento 2: el que se debería haber administrado*
**Factores contribuyentes**

Falta de información crítica del paciente	Entorno, personal o volumen de trabajo
Falta de información crítica del medicamento	Capacitación inadecuada del personal
Problemas de comunicación de la prescripción	Deficiente educación del paciente sobre su patología y cuidados
Problema de nombre de la droga, etiquetado o envasado	Falta de controles o sistemas de chequeo ineficientes
Medicamento mal almacenado o problema de dispensación	Otros (especificar)

**FECHA DEL ERROR** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FECHA DE ESTE REPORTE** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**¿ACONSEJARÍA ALGUNA MEDIDA PARA PREVENIR ESTE ERROR?** \_\_\_\_\_

DATOS DEL NOTIFICADOR (opcional)	
Nombre y Apellido	
Profesión/Ocupación	
Lugar de trabajo	
Dirección	
Tel/Fax	
e-mail	

**Colegio de Farmacéuticos de Córdoba**

Area de Capacitación y Responsabilidad Social - Corro 146 - CP5000 - Córdoba - Tel. (0351) 4249511 int. 230-231 - formacion@colfactor.org.ar