



**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
FORMULARIO PARA PACIENTES**

Responda siguiendo el orden numérico de las preguntas. Los * son obligatorios.
SE CONSIDERA EVENTO ADVERSO CUALQUIER SINTOMA NO DESEADO

<p>ACERCA DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTE REPORTE</p> <p>1. Iniciales del nombre y apellido: 2. ¿Puede alguien de la ANMAT comunicarse con Ud.? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3. Teléfono, incluyendo código de área..... 4. Dirección de E-mail.....</p> <p>ACERCA DE LA PERSONA QUE EXPERIMENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA</p> <p>5. ¿Quién experimentó la reacción adversa? Yo <input type="checkbox"/> Mi hijo/a <input type="checkbox"/> Otra persona:..... 6. Sexo*: Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 7. Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año): 8. Peso en Kg.: 9. Altura en cm.:</p> <p>REACCIÓN ADVERSA</p> <p>10. La reacción adversa comenzó (Día/Mes/Año): 11. Describir los síntomas de la Reacción Adversa* (POR ORDEN DE APARICIÓN): 12. ¿Cuánto tiempo fue utilizada la medicación antes que ocurra la reacción adversa? 13. ¿La reacción adversa ha sido tratada? Si <input type="checkbox"/> ¿Recuerda con que medicamento?..... No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> 14. ¿Ha desaparecido la reacción adversa? Si <input type="checkbox"/> Estoy mejor pero continúan algunos síntomas <input type="checkbox"/> No, Sin diferencia <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> 15. ¿La reacción adversa ha afectado su modo de vida diaria? Poco, o casi nada <input type="checkbox"/> Ha afectado mi modo de vida diario <input type="checkbox"/> Ha hecho imposible mi modo de vida diario <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> 16. ¿La reacción adversa ha causado alguna de las siguientes situaciones? Hospitalización <input type="checkbox"/> Prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Terapia intensiva <input type="checkbox"/> Licencia médica laboral <input type="checkbox"/> Reacción que amenazó la vida <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 17. La reacción finalizó (Día/Mes/Año):</p> <p>PREGUNTAS ADICIONALES</p> <p>34. Cualquier información adicional: 35. ¿Ha comentado a algún profesional de la salud acerca de la reacción adversa? Si <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> ¿Qué le dijeron?: 36. ¿Le hicieron algún estudio? Si <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>MEDICAMENTO SOSPECHADO</p> <p>18. Nombre del medicamento (incluyendo marca comercial) * 19. Forma y concentración farmacéutica (Cantidad que contiene cada comprimido o cápsula o gragea o cantidad de mg cada 5 mililitros –cm cúbicos, si es líquido o por ampolla si es inyectable): 20. N° lote y vencimiento del medicamento..... 21. Motivo del tratamiento (Para qué lo toma):..... 22. Dosis: 23. Fecha de inicio del tratamiento (Día/Mes/Año): 24. Fecha de fin del tratamiento (Día/Mes/Año): 25. ¿Hubo algún cambio en el tratamiento cuando ocurrió la reacción adversa? Si, se suspendió el tratamiento <input type="checkbox"/> Si, se descendió la dosis de la medicación <input type="checkbox"/> Si, se incrementó la dosis de la medicación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> 26. ¿Que ocurrió cuando el tratamiento cambió? La reacción desapareció <input type="checkbox"/> La reacción disminuyó rápidamente <input type="checkbox"/> La reacción disminuyó lentamente <input type="checkbox"/> Sin cambios en la reacción <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> 27. Si el medicamento fue reutilizado, ¿la reacción reapareció? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Nunca volvió a tomarlo <input type="checkbox"/> 28. ¿Dónde fue obtenida la medicación? Farmacia (sin receta) <input type="checkbox"/> Farmacia (con receta de un profesional médico) <input type="checkbox"/> Farmacia (prescripta por un odontólogo) <input type="checkbox"/> Local de comida sana <input type="checkbox"/> Otro sitio de compras <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> En el exterior <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS MEDICAMENTOS</p> <p>Listar o describir que otros medicamentos, hierbas medicinales, vitaminas, etc., fueron utilizados, junto con el que usted piensa que causó el evento no deseado. 29. Nombre del medicamento o hierba medicinal: 30. Razón para el tratamiento: 31. Fecha de inicio del tratamiento: 32. Fecha de fin de tratamiento: 33. Información adicional sobre otros medicamentos: </p> <p style="text-align: center;">Fecha de este reporte: ____/____/____ (Día/Mes/Año)</p> <p>Notificación N°:</p>
<p>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</p>	