COMUNICACIÓN DE E.A. FORMULARIO PARA PACIENTES

SE CONCIDERA EVENTO ADVERSO CUALQUIER SINTOMA NO DESEADO

ACERCA DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTE REPORTE

1. Iniciales del nombre y apellido .....
2. ¿Puede alguien comunicarse con ud? Si
3. Teléfono, incluyendo código de área .....
4. Dirección de E-mail .....

ACERCA DE LA PERSONA QUE EXPERIMENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA

5. ¿Quién experimentó la reacción adversa?

☐ Yo ☐ Mi hijo ☐ Otra persona .....

6. Sexo*: Femenino
7. Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año): ..... /..... /.....
8. Peso en Kg: ..... 9. Altura en cm.: .....

REACCIÓN ADVERSA

10. La reacción adversa comensó el (Día/Mes/Años): ..... /..... /.....
11. Describir los síntomas de la Reacción Adversa* (POR ORDEN DE APARICIÓN):

12. ¿Cuanto tiempo fue utilizada la medicación antes que ocurra la reacción adversa? .....
13. La reacción adversa ha sido tratada? Si

    ¿Recuerda con qué medicamento? .....
14. ¿Ha desaparecido la reacción adversa?

    Si
15. ¿La reacción adversa ha afectado su modo de vida diaria?

    Poco, o casi nada
16. ¿La reacción adversa ha causado alguna de las siguientes situaciones?

    Reacción que amenazó la vida
17. La reacción finalizó (Día/Mes/Año): ..... /..... /.....

MEDICAMENTO SOSPECHADO

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 5 mililitros -cm cúbicos, si es líquido o por ampolla si es inyectable): .....
20. Nº 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 descendió la dosis de la medicación
26. ¿Qué ocurrió cuando el tratamiento cambió?

    La reacción disminuyó rapidamente
27. Si el medicamento fue reutilizado, ¿la reacción reapareció?

    Nunca volvió a tomarlos
28. ¿Dónde fue obtenida la medicación?

    Farmacia (con receta de un profesional médico)

OTROS MEDICAMENTOS

Listar o describir que otros medicamentos, hierbas medicinales, vitaminas, etc., fueron utilizados, junto con el que uds 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 del tratamiento: ..... /..... /.....
33. Información adicional sobre otros medicamentos:

    .....
    .....

PREGUNTAS ADICIONALES

34. Cualquier información adicional: .....
35. ¿Ha comentado a algún profesional de la salud acerca de la reacción adversa?

    No sé --

    ¿Qué le dijeron? .....
36. ¿Le hicieron algún estudio?

    No --