



PLANILLA DE REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO O FALTA DE EFECTIVIDAD DE MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y PÚBLICO EN GENERAL

Realice su REPORTE en línea a través de farmacovigilancia@geniacare.com

Los campos resaltados con ● requieren llenado obligatorio.

1. INFORMACIÓN DE QUIEN REPORTA					
Nombre y Apellido:					
● <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Otro profesional de la salud <input type="checkbox"/> Otro: _____					
● Correo electrónico:					
Teléfonos:			Fecha:		
Dirección: Estado/Municipio/Institución					
2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
● Iniciales del nombre del paciente:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		● Fecha de nacimiento o edad:	
Peso (Kg):		Altura (cm):		Fecha de muerte:	
Diagnóstico de muerte:			Resultado de la autopsia:		
Otra información de importancia:	Describa o especifique su selección con fecha de diagnóstico u otra información relevante:				
<input type="checkbox"/> Alteraciones hepáticas <input type="checkbox"/> Alteraciones renales <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Deshidratación. <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares			<input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Otro		

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!



PLANILLA DE REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO O FALTA DE EFECTIVIDAD DE MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y PÚBLICO EN GENERAL

Realice su REPORTE en línea a través de farmacovigilancia@geniacare.com

Los campos resaltados con ● requieren llenado obligatorio.

3. INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO ADVERSO: Evento Adverso Falta de efectividad

● ¿Cuál(es) fue(ron) el(los) evento(s) adverso(s)?	Fechas del evento Ej. 30/08/2014 o ago 2014		¿Cuál fue la duración del evento adverso?	● ¿Cuál fue el resultado del evento adverso?#1	¿Qué consecuencia produjo?#2
	● Comienzo	Finalización			

#1 **Resultado del evento adverso:** (A) Recuperado, (B) Recuperando, (C) No recuperado, (D) Recuperado con secuelas, (E) Fatal, (F) Desconocido.
 #2 **Consecuencias del evento adverso:** (1) Causó/Prolongó hospitalización, (2) Discapacidad, (3) Malformación congénita, (4) Amenaza de vida, (5) Muerte, (6) Otra condición médica importante. (7) Ninguna de las anteriores.

Describa la sucedido Por favor, suministre tanta información como sea posible, eventos ocurridos en el transcurso del tiempo, exámenes médicos (fecha de realización, resultado y rango normal), tratamiento aplicado para los eventos, etc.

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!



PLANILLA DE REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO O FALTA DE EFECTIVIDAD DE MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y PÚBLICO EN GENERAL

Esta información es de carácter confidencial

Realice su REPORTE en línea a través de farmacovigilancia@geniacare.com

Los campos resaltados con ● requieren llenado obligatorio.

4. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO Incluya todos los medicamentos, vitaminas y productos naturales que hayan sido administrados

● Nombre comercial o marca	Concen-tración Ej. 400mg	Dosis Ej. 1 tableta cada 12 horas	Vía de administra-ción Ej. Oral	Fechas del tratamiento Ej. 30/08/2014 o ago 2014		Motivo por el cual toma el medicamento	¿Cuál es el papel de este medicamento? #3	● ¿Qué acción tomó con el medicamento? #4	¿Dónde obtuvo el medicamento? #5	Laboratorio y lote
				● Comienzo	Fin					

#3 **Papel del medicamento:** (S) Medicamento sospechoso de causar el evento adverso, (C) Medicamento concomitante o no sospechoso, (I) Medicamentos sospechosos de interactuar.
 #4 **Acción tomada con la medicación:** (A) Medicamento retirado, (B) Dosis reducida, (C) Dosis aumentada, (D) Dosis no modificada, (E) Desconocido, (F) No aplicable.
 #5 **Lugar donde se obtuvo el medicamento:** (1) Farmacia (con recípe), (2) Farmacia (sin recípe), (3) Hospital/Otro instituto de asistencia médica, (4) Internet, (5) Otro establecimiento comercial, (6) Otro.

Si se suspendió o redujo la dosis del medicamento sospechoso ¿El evento adverso disminuyó o desapareció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si se suspendió el uso del medicamento y luego se volvió a usar ¿Se presentó nuevamente el evento adverso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El(los) medicamento(s) ha(n) producido un evento adverso similar con anterioridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Información adicional Ej. Fecha de elaboración o vencimiento, administración junto a las comidas, velocidad de infusión endovenosa, número de Registro Sanitario, etc.
---	---

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Cuál es el tipo del reporte? <input type="checkbox"/> Se trata de un caso inicial <input type="checkbox"/> Se trata del seguimiento de un caso notificado previamente con N° de identificación:	¿Usted ha notificado este evento a un laboratorio farmacéutico u otro centro de farmacovigilancia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, fue notificado en fecha: _____ a la organización _____
--	---

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!