

	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS		Código: RS-FO-001
			Fecha edición: 06/05/2024
	RESPONSABILIDAD SANITARIA		Versión: 01
			Página: 1 de 3

1. ORIGEN DEL REPORTE											
Fecha de notificación			Departamento				Distrito / Municipio				
AAAA	MM	DD									
Nombre Institución o Entidad			Servicio				Código de Programa nacional de Farmacovigilancia				
2. INFORMACION DEL PACIENTE											
Fecha nacimiento			C.C	C. E	T. I	R. C	M. S	SEXO		PESO (kg)	ESTATURA (cm)
AAAA	MM	DD						F			
								M			
Régimen de afiliación:			EPS:			Etnia:		Iniciales:			
Diagnóstico principal y otros diagnósticos:											
3. INFORMACION DEL EVENTO ADVERSO AL MEDICAMENTO											
Fecha de Inicio del Evento Adverso			Describe el Evento adverso:								
AAAA	MM	DD									
DESCRIPCION DE LA EVOLUCION DEL EVENTO ADVERSO:						Evolución (Marcar con una X) <input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Aún sin recuperación Seriedad (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Malformación en recién nacido <input type="checkbox"/> Existió riesgo de muerte a causa de la reacción <input type="checkbox"/> Produjo la muerte (Fecha: _____) <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad o incapacidad permanente a condición médica importante					

	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS	Código: PR-FO-001
		Fecha edición: 06/05/2024
	RESPONSABILIDAD SANITARIA	Versión: 01
		Página: 2 de 3

4. INFORMACION DE LOS MEDICAMENTOS - Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una X en la columna "S", el o (los) sospechoso(s), con una "C" los concomitantes y con una "I" las interacciones

S	Medicamento (Denominación Común Internacional o Nombre genérico)	Dosis		Indicación	Vía de admón	Vía de Administración	Frecuencia de administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
		Cantidad	Unidad						

Información comercial del medicamento sospechoso

Fabricante	Nombre de Marca	Registro sanitario	Lote	Fecha de vencimiento

5. MANEJO DEL EVENTO Y DECISIÓN FINAL

Suspensión (Marcar con X)				Reexposición (Marcar con X)				N / A
	Si	No	N/A		Si	No	N / A	
1. ¿El evento desapareció al suspender el medicamento?				1. ¿El evento reapareció al readministrar el medicamento?				
2. ¿El evento desapareció o redujo su intensidad al reducir la dosis?				2. ¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento?				

¿El evento desapareció con tratamiento farmacológico? SI / NO – Cual:

	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS	Código: PR-FO-001
		Fecha edición: 06/05/2024
	RESPONSABILIDAD SANITARIA	Versión: 01
		Página: 3 de 3

6. ANÁLISIS DEL EVENTO		
Causalidad según Uppsala (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posible <input type="checkbox"/> Improbable <input type="checkbox"/> Condicional/No clasificada <input type="checkbox"/> No evaluable/Inclasificable	Justificación del análisis de acuerdo a causalidad 	
7. INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE PRIMARIO		
Notificante (nombre)	Profesión	
Dirección (Institución)	Teléfono	Correo Electrónico institucional