

Formulario para la Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) y Eventos de Especial Interés

E-mail de contacto:
pv.farmaprojects@viglya.com

Fecha: ____/____/____ (día / mes / año)		Hora: ____ (h) ____ (m)		
1. INFORMACIÓN SOBRE EL NOTIFICADOR				
<input type="checkbox"/> Consumidor <input type="checkbox"/> Profesional de la salud: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	Nombre y apellidos de la persona que proporciona la información: _____ E-mail / Nº Teléfono: _____ Dirección postal: _____ Ciudad: _____ País: _____ Comunidad Autónoma (España): _____			
En caso necesario, ¿concede su permiso para que el Departamento de Farmacovigilancia contacte con Ud.?				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
2. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE				
Edad (años)	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
3. INFORMACIÓN SOBRE LA REACCIÓN ADVERSA				
Fecha de inicio de la reacción: ____/____/____		Fecha de fin de la reacción: ____/____/____		
Descripción: Gravedad (indique lo que corresponda según el notificador): <input type="checkbox"/> Resulta en muerte <input type="checkbox"/> Pone en peligro la vida <input type="checkbox"/> Requiere hospitalización o prolonga la hospitalización <input type="checkbox"/> Produce incapacidad o discapacidad significativa <input type="checkbox"/> Anomalía congénita / defecto del nacimiento <input type="checkbox"/> Otras reacciones clínicamente relevantes <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores (no grave) <input type="checkbox"/> Desconocido	Si se trata de un evento de especial interés, indique cuál: <input type="checkbox"/> Error medicación, sobredosis, exposición ocupacional, uso no aprobado o no indicado, mal uso, abuso <input type="checkbox"/> Falta de eficacia <input type="checkbox"/> Uso en población pediátrica <input type="checkbox"/> Uso en población anciana <input type="checkbox"/> Uso en embarazo o lactancia Desenlace: <input type="checkbox"/> Recuperado / resuelto <input type="checkbox"/> En vías de recuperación / resolución <input type="checkbox"/> No recuperado / no resuelto <input type="checkbox"/> Recuperado / resuelto con secuelas <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Desconocido			
4. INFORMACIÓN SOBRE EL/LOS MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)				
Nombre del medicamento y/o de la sustancia activa:			Nº Lote:	
Dosis diaria:	Vía de administración:	Indicación:	Duración del tratamiento	Acción realizada: <input type="checkbox"/> Suspensión del fármaco <input type="checkbox"/> Reducción de la dosis <input type="checkbox"/> Aumento de la dosis <input type="checkbox"/> Dosis no cambia <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No aplicable
Nombre del empleado o colaborador:		Fecha y firma:		

5. COMENTARIOS:

INSTRUCCIONES PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO:

1. Escriba todo con letras mayúsculas.
2. En los números de teléfono incluya los prefijos.
3. Escriba las fechas en el formato día / mes / año.
4. Cumplimente el formulario en presencia del notificador.
5. Recuerde que debe recoger SIEMPRE los siguientes criterios:
 - Información del paciente (edad • fecha de nacimiento • género).
 - Sospecha de RAM (reacción adversa a medicamentos) o evento de especial interés.
 - Medicamento sospechoso.
 - Fuente identificable (notificador). Incluya información de contacto para facilitar el seguimiento del caso.
6. Incluya cualquier información adicional en el apartado "Comentarios"

Muchas gracias por su colaboración