

NOTIFICACION DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTO

Unidad que reporta: Hospital Hermanos Ameijeiras	Provincia: La Habana	Municipio: Centro Habana
---	----------------------	--------------------------

PACIENTE:

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _ Sexo: F ____ M ____ Color de la Piel: B ____ N ____ A ____ M ____

Nombre del que reporta:	Médico: _____ Lic. Farmacia: _____ Téc. Farmacia _____ Lic. Enfermería _____
	Enfermera: _____ Estomatólogos _____ Otros _____

Medicamentos tomados hasta 3 meses antes de la RAM. Marca con una cruz los sospechosos	Lote	Vía de Administración	Dosis diaria	TRATAMIENTO						Motivo de Prescripción
				Inicio			Fin			
				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	

Patologías que presenta el paciente _____

REACCIONES, Enumérense por separados	Fecha de Inicio			Fecha de Término			Requirió Ingreso o Prolongó su estadía		Atención de Urgencia		Requirió reposo por más de 3 días		Fue baja Laboral o Escolar por mas de 3 días		Puso en peligro su vida		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	

	SI	NO
¿Se ha suspendido la medicación?		
¿Ha mejorado al suspenderla?		
¿ Se administro nuevamente este medicamento?		
¿Si se administro nuevamente, hubo recurrencia de síntomas?		

Desenlace	
Recuperados	
No recuperados	
Recuperados con secuelas	
Mortal	

Observaciones adicionales

Instructivo al dorso

Fecha de Notificación:

	Mes	Año