

REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS



I. INFORMACIÓN DE LA REACCION

1. INICIALES DEL PACIENTE (nombre, apellido)	1a. PAIS	2. FECHA DE NACIMIENTO			2a. EDAD Años	3. SEX	3a. Peso	4-6. INICIO DE LA RA			8-12. REVISE TODOS Y ESCOJA LA APROPIADA PARA EL PACIENTE <input type="checkbox"/> PACIENTE FALLECE <input type="checkbox"/> INVOLUCRADA EN UNA HOSPITALIZACION DEL PCTE <input type="checkbox"/> INVOLUCRADA EN UNA PERSISTENTE INCAPACIDAD OINHABILITACION <input type="checkbox"/> AMENAZA DE VIDA
		Dia	Mes	Año				Dia	Mes	Año	
7 + 13 DESCRIBA LA REACCION (S) (incluya data relevante de pruebas de laboratorio) Relato de Eventos Relate los sintomas y separe por comas)											

II. INFORMACIÓN DE SOSPECHA DE DROGAS

14. DROGA SOSPECHOSA(S) (incluya nombre genérico)		20. LA REACC DESAPARECIO LUEGO DE SUSPENDER LA DROGA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA
15. DOSIS DIARIA	16. RUUTA(S) DE ADMINISTRACION	21. REAPARECIO LA REACCIÓN AL RESTABLECER LA DROGA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA
17. INDICACIONES PARA SU USO		
18. DATOS DE LA TERAPIA (desde / hasta)		19. DURACION DE LA TERAPIA

III. DROGAS CONCOMITANTES HISTORIAL

22. DROGAS CONCOMITANTES Y FECHAS DE ADMINISTRACION (excluya aquellas usadas para tartar la reacción)		
23. OTRO HISTORIAL RELEVANTE (e.j. diagnostico, alergias, embarazo en el ultimo período, etc.)		
Desde/Hasta	Tipo de historia / Notas	Descripcion

IV. INFORMACIÓN DEL FABRICANTE

24a. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL FABRICANTE		26. OBSERVACIONES
	24b. # DE LOTE.	
24c. FECHA DE RECEPCIÓN DEL FABRICANTE	24d. REPORT SOURCE <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> LITERATURA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL DE SALUD <input type="checkbox"/> OTRO	25b. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL QUE REPORTA
FECHA DE ESTE REPORTE	25a. TIPO DE REPORTE <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> DE SEGUIMIENTO	

