	Proceso:	CÓDIGO:	
	<b>DIRECCIÓN TÉCNICA</b>		<b>FOR-DT-012</b>
	REGISTRO REPORTE DE PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD		Versión: 01 PGR-DT-001

**RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NOTIFICACIÓN**

REPORTE TODA SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO: Eventos o reacciones esperadas o conocidas, leves, no serias y serias. De igual forma los eventos relacionados con posibles errores de medicación. Por favor enviar este reporte diligenciado lo más completo posible al correo [garantia@armofar.com](mailto:garantia@armofar.com)

<b>Fecha de notificación:</b>	
-------------------------------	--

SELECCIONE UNA OPCIÓN, DE ACUERDO CON LA NATURALEZA DEL REPORTE

<input type="checkbox"/>	Reacción Adversa a medicamento
<input type="checkbox"/>	Sospecha de Fallo Terapéutico
<input type="checkbox"/>	Error de Medicación
<input type="checkbox"/>	Problema de Calidad (cuando genere una reacción adversa a medicamento)
<input type="checkbox"/>	Otros (uso fuera de indicación autorizada, sobredosis, mal uso, uso en embarazo o lactancia)

<b>Especifique</b>

**1. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE**

Nombre del reportante primario:			
Teléfono del reportante primario:			
Correo electrónico institucional del reportante primario:			
Profesión del reportante primario:			
País:		Ciudad:	
Hospital / Clínica / Empresa:			

**2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Iniciales del paciente:	
No. documento de identidad:	
Sexo:	
Fecha de nacimiento:	
Peso:	
Talla:	

Diagnóstico actual:	
Otras enfermedades:	

	Proceso:	<b>DIRECCIÓN TÉCNICA</b>	CÓDIGO: <b>FOR-DT-012</b>
		REGISTRO REPORTE DE PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD	Versión: 01 PGR-DT-001
<b>3. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO</b>			

Fecha de Inicio del Evento Adverso	
Evento adverso:	
Fecha fin del Evento Adverso	

**DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO:**

**Evolución (Marcar con una X)**

<input type="checkbox"/>	Recuperado / Resuelto sin secuelas	<input type="checkbox"/>	Recuperado / Resuelto con secuelas	<input type="checkbox"/>	Recuperando / Resolviendo
<input type="checkbox"/>	No recuperado / No resuelto Fatal				
<input type="checkbox"/>	Desconocido				


**Seriedad (Marcar con X)**

<input type="checkbox"/>	Produjo o prolongó hospitalización Anomalia congénita
<input type="checkbox"/>	Amenaza de vida
<input type="checkbox"/>	Muerte (Fecha: _____)
<input type="checkbox"/>	Produjo discapacidad o incapacidad permanente / condición médica importante

**Resultados relevantes de exámenes de laboratorio:**

S/C/I	Medicamento (Denominación Común Internacional o Nombre genérico)	Motivo de Prescripción	Dosis		Dosis por aplicación	Frecuencia de administración	Vía de administración	Velocidad de infusión	Fecha de inicio	Fecha de finalización
			Cantidad	Unidad de medida						

**Información comercial del medicamento sospechoso**  
(En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial)

	Proceso:	<b>DIRECCIÓN TÉCNICA</b>	CÓDIGO: <b>FOR-DT-012</b>
	REGISTRO REPORTE DE PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD		Versión: 01
			PGR-DT-001

Titular del Registro sanitario	Nombre de medicamento	Registro sanitario	Lote

Suspensión	SI	NO	NO APLICA
¿El evento desapareció al suspender el medicamento?			
¿El evento desapareció o redujo su intensidad al reducir la dosis?			
Re-exposición	SI	NO	NO APLICA
¿El evento reapareció al readministrar el medicamento?			
¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento?			
Factores de riesgo	SI	NO	NO APLICA
¿Paciente con alteración renal o hepática?			
¿Paciente con sospecha de intoxicación exógena al momento de usar el medicamento?			
Otros	SI	NO	NO APLICA
¿El evento desapareció con tratamiento farmacológico?			
En caso de haber realizado evaluación de causalidad indique el resultado			
<b>Cual:</b>			