

CUESTIONARIO PARA EL REGISTRO DE LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS (RAM).

No. de notificación:

IQF/BIOFA/ _____ /20__*

*Área exclusiva de Biofarma

Usted tomó el medicamento

SI

NO

1. Datos del Paciente o Usuario del producto

Nombre completo del Paciente:

Iniciales del Paciente:

Fecha de nacimiento:

DD

MMM

AAA

Edad:

Meses:

Peso en Kg:

Estatura (cm):

Sexo:

Estado de la república del que llama:

Ciudad:

Código postal:

Teléfono o celular:

Correo electrónico:

2. Información del medicamento sospechoso

Nombre comercial del producto:

Nombre genérico del producto (principio activo):

Laboratorio productor:

Vía de administración:

Número de lote:

Fecha de caducidad:

Dosis:

Continúa con el malestar:

Causa por la que se tomó el medicamento:

¿Cuál fue la Indicación terapéutica?:

¿Cómo se tomó?:

Por cuánto tiempo se recetó:

Fecha de la toma.

Inicio:

DD

MMM

AA

Termino:

DD

MMM

AA

¿Después de la molestia dejó de utilizar el medicamento?:

¿Desapareció el malestar al suspender el medicamento?:

¿Se consumió nuevamente el medicamento?:

¿Se presentó el malestar después de consumir nuevamente el medicamento?:

¿Ha presentado el malestar anteriormente con el mismo medicamento?:

3. Datos de la sospecha de RAM

Fecha en que inician con las molestias:

Descripción de la molestia (reacción adversa):

Tiempo que duró la molestia:

<p><i>Consecuencia del evento:</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Recuperación sin secuelas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muerte debido a la reacción adversa</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Recuperado con secuela</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muerte, el medicamento pudo haber contribuido</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No recuperado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muerte no relacionada al medicamento</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No se sabe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Recuperación sin secuelas	<input type="checkbox"/>	Muerte debido a la reacción adversa	<input type="checkbox"/>	Recuperado con secuela	<input type="checkbox"/>	Muerte, el medicamento pudo haber contribuido	<input type="checkbox"/>	No recuperado	<input type="checkbox"/>	Muerte no relacionada al medicamento	<input type="checkbox"/>	No se sabe	<input type="checkbox"/>		
Recuperación sin secuelas	<input type="checkbox"/>	Muerte debido a la reacción adversa	<input type="checkbox"/>														
Recuperado con secuela	<input type="checkbox"/>	Muerte, el medicamento pudo haber contribuido	<input type="checkbox"/>														
No recuperado	<input type="checkbox"/>	Muerte no relacionada al medicamento	<input type="checkbox"/>														
No se sabe	<input type="checkbox"/>																
¿Necesitó algún tratamiento farmacológico?																	
¿Cuál?																	
¿Requirió hospitalización?	¿Cuánto tiempo?																
¿La reacción interfirió con sus actividades habituales?																	
<p><i>Sólo en caso de mujeres embarazadas:</i></p>																	
Cuando se tomó el medicamento ¿Se estaba embarazada?																	
¿La reacción causó malformaciones o alteraciones en el recién nacido?																	
4. Otros datos (Farmacoterapia concomitante):																	
¿Qué otros medicamentos se tomaron conjuntamente con el medicamento?																	
¿Otras enfermedades o cirugías?																	
¿El medicamento fue recetado por un medico?																	
¿Sabe usted si es alérgico(a) a algo?																	

LOS DATOS QUE PROPORCIONA EL USUARIO DE MEDICAMENTO SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES