



**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
BUPIVACAÍNA: COMUNICACIÓN DE SOSPECHA DE
FALTA DE EFECTIVIDAD**

País: Argentina		Provincia:				
DATOS DEL PACIENTE: Apellido (iniciales)..... Nombre (iniciales)..... Peso..... Edad..... Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> El paciente se encontraba: Nervioso <input type="checkbox"/> Relajado <input type="checkbox"/> Poseía anomalías anatómicas vertebrales (cifosis, escoliosis): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Posición: Supina <input type="checkbox"/> Sentada <input type="checkbox"/> Otra posición <input type="checkbox"/> Deshidratado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Condiciones médicas relevantes: Diagnóstico:..... Motivo de la cirugía:..... Embarazo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
DATOS DE LA ADMINISTRACIÓN Anestesia: Bupivacaína <input type="checkbox"/> Bupivacaína hiperbárica <input type="checkbox"/> Médico tratante: Anestésista titular <input type="checkbox"/> Residente de anestesia <input type="checkbox"/> Lugar:..... Fecha: ____/____/____ Dosis: ¿Se repitió la dosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si se repitió, ¿cuánto tiempo transcurrió desde la primera dosis? Punción lumbar Posición de la aguja:..... Inserción de la aguja:..... Pérdida de líquido al inyectar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fraccionamiento: Fraccionamiento en jeringas previo a la cirugía: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo de fraccionamiento antes de la cirugía: minutos..... horas.....		Interacciones: ¿Mezcla con otros fármacos en la misma jeringa?: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... ¿Se detectaron reportes similares? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos pacientes?..... Fecha: ____/____/____ Producto:..... Lote:..... Vencimiento:.....				
DATOS DEL MEDICAMENTO CON SOSPECHA DE FALTA DE EFECTIVIDAD						
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Laboratorio	Forma farmacéutica	Número de certificado	Fecha de vencimiento	N° Lote/ serie
Bupivacaína						
ENVÍO DE MUESTRA ¿Se envía muestra del producto con la supuesta falta de efectividad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad de unidades enviadas:..... Fecha de la detección de la falta de efectividad: ____/____/____ (Día/Mes/Año)			DATOS DEL COMUNICADOR Apellido y Nombre..... Lugar de trabajo..... Dirección..... Profesión..... Teléfono/Fax..... E-mail.....			
Fecha de este reporte: ____/____/____ (Día/Mes/Año)						
PARA USO DEL DEPTO. DE FARMACOVIGILANCIA						
Imputabilidad			Notificación N°:			
Seriedad						
Alsina 671, 1° Piso, Entrepiso. CP C1087AAI. CABA. Tel: (011) 4340-0800. Int 1166. Fax: (011): 4340-0866 snfvg@anmat.gov.ar www.anmat.gov.ar						