

Responda siguiendo el orden numérico de las preguntas. Los * son obligatorios.

ACERCA DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTE REPORTE

1. INICIALES DEL NOMBRE Y APELLIDO: _____
 2. ¿PUEDE ALGUIEN DE LA ANMAT COMUNICARSE CON UD.? SI NO
 3. TELÉFONO, INCLUYENDO CÓDIGO DE ÁREA: _____
 4. DIRECCIÓN DE E-MAIL: _____

ACERCA DE LA PERSONA QUE EXPERIMENTÓ LA REACCIÓN

5. ¿QUIÉN EXPERIMENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA?
 YO MI HIJO/A OTRA PERSONA
 6. SEXO*: MASCULINO FEMENINO
 7. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO): _____
 8. PESO EN KG.: _____
 9. ALTURA EN CM.: _____

REACCIÓN ADVERSA

10. LA REACCIÓN ADVERSA COMENZÓ (DÍA/MES/AÑO): _____
 11. DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS DE LA REACCIÓN ADVERSA* (POR ORDEN DE APARICIÓN):

 12. ¿CUÁNTO TIEMPO FUE UTILIZADA LA MEDICACIÓN ANTES QUE OCURRA LA REACCIÓN ADVERSA? _____
 13. ¿LA REACCIÓN ADVERSA HA SIDO TRATADA?
 SI ¿RECUERDA CON QUE MEDICAMENTO? _____
 NO NO SÉ
 14. ¿HA DESAPARECIDO LA REACCIÓN ADVERSA? SI
 ESTOY MEJOR PERO CONTINÚAN ALGUNOS SÍNTOMAS
 NO, SIN DIFERENCIA NO SÉ
 15. ¿LA REACCIÓN ADVERSA HA AFECTADO SU MODO DE VIDA DIARIA?
 POCO, O CASI NADA HA AFECTADO MI MODO DE VIDA DIARIO
 HA HECHO IMPOSIBLE MI MODO DE VIDA DIARIO NO SÉ
 16. ¿LA REACCIÓN ADVERSA HA CAUSADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES? HOSPITALIZACIÓN PROLONGÓ HOSPITALIZACIÓN
 TERAPIA INTENSIVA LICENCIA MÉDICA LABORAL
 REACCIÓN QUE AMENAZÓ LA VIDA MUERTE
 DEFECTO DE NACIMIENTO DISCAPACIDAD
 NINGUNA DE LAS ANTERIORES
 17. LA REACCIÓN FINALIZÓ (DÍA/MES/AÑO): _____

PREGUNTAS ADICIONALES

34. CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL: _____
 35. ¿HA COMENTADO A ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD ACERCA DE LA REACCIÓN ADVERSA? SI MÉDICO ODONTÓLOGO
 ENFERMERO OTROS NO NO SÉ
 ¿QUÉ LE DIJERON?: _____
 36. ¿LE HICIERON ALGÚN ESTUDIO? SI SANGRE ORINA
 RADIOGRAFÍA OTROS NO

MEDICAMENTO SOSPECHADO 1. INICIALES DEL NOMBRE Y APELLIDO:

18. NOMBRE DEL MEDICAMENTO (INCLUYENDO MARCA COMERCIAL) * _____
 19. FORMA Y CONCENTRACIÓN FARMACÉUTICA (CANTIDAD QUE CONTIENE CADA COMPRIMIDO O CÁPSULA O GRAGEA O CANTIDAD DE MG CADA 5 MILILITROS –CM CÚBICOS, SI ES LÍQUIDO O POR AMPOLLA SI ES INYECTABLE): _____
 20. N°LOTE Y VENCIMIENTO DEL MEDICAMENTO _____
 21. MOTIVO DEL TRATAMIENTO (PARA QUÉ LO TOMA): _____
 22. DOSIS: _____
 23. FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO (DÍA/MES/AÑO): _____
 24. FECHA DE FIN DEL TRATAMIENTO (DÍA/MES/AÑO): _____
 25. ¿HUBO ALGÚN CAMBIO EN EL TRATAMIENTO CUANDO OCURRIÓ LA REACCIÓN ADVERSA?
 SI, SE SUSPENDIÓ EL TRATAMIENTO
 SI, SE DESCENDIÓ LA DOSIS DE LA MEDICACIÓN
 SI, SE INCREMENTÓ LA DOSIS DE LA MEDICACIÓN
 NO NO SÉ
 26. ¿QUE OCURRIÓ CUANDO EL TRATAMIENTO CAMBIÓ?
 LA REACCIÓN DESAPARECIÓ
 LA REACCIÓN DISMINUYO RÁPIDAMENTE
 LA REACCIÓN DISMINUYÓ LENTAMENTE
 SIN CAMBIOS EN LA REACCIÓN NO SÉ
 27. SI EL MEDICAMENTO FUE REUTILIZADO, ¿LA REACCIÓN REAPARECIÓ?
 SI NO NO SÉ NUNCA VOLVIÓ A TOMARLO
 28. ¿DÓNDE FUE OBTENIDA LA MEDICACIÓN?
 FARMACIA (SIN RECETA)
 FARMACIA (CON RECETA DE UN PROFESIONAL MÉDICO)
 FARMACIA (PRESCRIPTA POR UN ODONTÓLOGO)
 LOCAL DE COMIDA SANA OTRO SITIO DE COMPRAS
 INTERNET EN EL EXTERIOR NO SÉ

OTROS MEDICAMENTOS

- LISTAR O DESCRIBIR QUE OTROS MEDICAMENTOS, HIERBAS MEDICINALES, VITAMINAS, ETC., FUERON UTILIZADOS, JUNTO CON EL QUE USTED PIENSA QUE CAUSÓ EL EVENTO NO DESEADO.
 29. NOMBRE DEL MEDICAMENTO O HIERBA MEDICINAL: _____
 30. RAZÓN PARA EL TRATAMIENTO: _____
 31. FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____
 32. FECHA DE FIN DE TRATAMIENTO: _____
 33. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE OTROS MEDICAMENTOS: _____

FECHA DE ESTE REPORTE (DÍA/MES/AÑO): ____/____/____

NOTIFICACIÓN N° _____