

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)

(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES)
Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar "desconocido"

Datos del Paciente

Iniciales del paciente: N° de Ficha: Unidad/Servicio: (Ejemplo: Pediatría)
 Sexo: M F Desconocido Edad: (N°) (Unidad. Ejemplo: años) Peso Kg Talla cm
 Declara pueblo originario: (anote los dos dígitos correspondientes según el siguiente listado)

00 Ninguno	03 Aimara	06 Mapuche	09 Yámana (Yagán)	12 No Responde
01 Alacalufe (kawashkar)	04 Colla	07 Quechua	10 No Sabe	13 No es posible preguntar el dato
02 Atacameño (Lickan Antay)	05 Diaguita	08 Rapa Nui	11 Otro pueblo originario declarado:	

Descripción de la Reacción Adversa (incluyendo datos de laboratorio)

FECHA INICIO RAM *: Duración de la RAM: (marque con X la unidad de tiempo)
 (dd/mm/aaaa) minutos horas días meses años

DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA:

Fármaco(s)		Recibió Fármaco Concomitante			S = Fármaco Sospechoso C = Fármaco Concomitante					
S	C	Fármaco(s)	Marca®	Lote (esencial para productos biológicos)	Dosis	Frecuencia	Vía de Adm.	Fecha Inicio	Fecha Término	Motivo de la Prescripción

Tratamiento de la RAM

Paciente recibió tratamiento de RAM (incluyendo suspensión de fármacos o ajustes de dosis): Si No Desconocido

Describe:

Resultado de la RAM Recuperado No Recuperado Muerte Fecha de muerte
 Causa de muerte

¿Se suspendió el fármaco sospechoso luego de la aparición de la RAM? Sí No Desconocido
 ¿Tras disminuir o suspender el fármaco sospechoso disminuyó o desapareció la RAM? Sí No No Aplica
 ¿Se readministró el fármaco sospechoso luego de suspenderlo? Sí No No Aplica
 ¿Reapareció o se intensificó la RAM luego de la readministración del fármaco sospechoso? Sí No No Aplica

Consecuencia de la RAM Requirió hospitalización Sí No Prolongó hospitalización Sí No Señale días
 Secuelas Sí No Describa secuelas

Comentarios (Ej. Antecedentes Clínicos Relevantes, Patología de Base, Alergias, Exposición Previa al Fármaco y Evolución)

Describe:

Informado por

Médico Químico Farmacéutico Enfermera Otro (Señalar):
 Nombre:
 Establecimiento (Donde se detecta la RAM): Fecha de Reporte:
 Dirección: Teléfono:
 E-Mail: Ciudad:
 Reporte Inicial: Seguimiento:



**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)**
(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES)
Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar "desconocido"