

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° _____