

NOTIFICACIÓN SOSPECHA DE REACCIÓN
ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)

(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES)

Datos del Paciente		
Nombres:	Ap. Paterno:	Ap. Materno:
Sexo*: ☐ Masculino ☐ Femenino	Edad:	Nº Ficha:
Peso:, Kg.	Talla: , cm.	Unidad/Servicio: Ej: Pediatría

Descripción de la Reacción Adversa (Incluidos Datos de Laboratorios)	
FECHA INICIO RAM*:	Duración de la RAM (Días):
DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA:	

Fármacos(s)							S = Fármaco Sospechoso C = Fármaco Concomitante		
Recibió Fármaco Concomitante * SI: ☐ No: ☐									
Fármaco(s)	Marca® si la conoce	Dosis	Unidad	Vía de Adm.	Fecha Inicio	Fecha Término	Motivo de la Prescripción	S	C
								☐	☐
								☐	☐
								☐	☐

Tratamiento de RAM		
Paciente recibió tratamiento de RAM*: ☐ Si ☐ No		
Describa:		
¿Se suspendió el fármaco sospechoso debido a la reacción adversa? Si ☐ No ☐ ¿Se readministró el fármaco sospechoso luego de suspenderlo? Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ ¿Apareció RAM luego de la readministración del fármaco? Si ☐ No ☐ No Aplica ☐	Resultado de RAM	Consecuencia de RAM
	☐ Recuperado	Requirió Hospitalización Si ☐ No ☐
	☐ No Recuperado	Prolongó Hospitalización Si ☐ Señalar días: No ☐
	☐ En Evolución	☐ Secuelas
	☐ Muerte Fecha:	Describir:
	Causa:	

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

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

* Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar “desconocido”.