

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

No. DE NOTIFICACION GENERAL Se deberá incluir la notificación de acuerdo al origen, ejem, IQF/NOVAR/0001/09; CE/MOR/0001/09; CI/HGM/0001/09
UNIDAD HOSPITALARIA QUE REPORTA Se deberá seleccionar la unidad hospitalaria de donde proviene el reporte de notificación.

1.-DATOS DEL PACIENTE

INICIALES DEL PACIENTE Indicar las iniciales correspondientes al paciente (Iniciar con apellido paterno, materno y nombre)

FECHA DE NACIMIENTO Indicar año, mes y día.

EDAD En años. Si los afectados son niños menores de dos años debe expresarla en meses. Cuando se trata de malformaciones congénitas informar la edad y sexo del bebé en el momento de la detección y agregue la edad de la madre.

SEXO Marcar con una cruz en la F si es femenino y en la M si es masculino.

ESTATURA Indicar la estatura del paciente en cm.

PESO Indicar el peso del paciente en Kg.

2.- DATOS DE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

INICIO DE LA REACCIÓN Señalar el día, mes y año en que ocurrió el evento.

DESCRIPCION SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA Indicar el diagnóstico clínico de certeza y/o presuntivo que motivó la medicación y posteriormente los signos y síntomas de la reacción adversa. Si se detecta un efecto terapéutico no conocido hasta la fecha, puede indicarse en este espacio. En caso de tratarse de malformaciones congénitas, precise el momento del embarazo en que ocurrió el impacto. Si se detectara falta de respuesta terapéutica a un medicamento, debe comunicarse como una reacción adversa. Se deberá incluir lo(s) medicamento(s) utilizados para tratar la reacción adversa

CONSECUENCIAS DEL EVENTO Marcar con una "X" el resultado obtenido después de sucedida la reacción y cuál fue el resultado final.

3.- INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Señalar en primer término el fármaco sospechoso, su nombre genérico y denominación distintiva, número de lote, laboratorio productor y fecha de caducidad. Indicar la dosis diaria, (en pediatría indicar la dosis por Kg. de peso). Señale la vía de administración, así como fecha de inicio de la farmacoterapia y fecha de finalización de la misma. Indicar el motivo de la prescripción. Señalar si desapareció la reacción al suspender la medicación y/o si reapareció la reacción al readministrar el medicamento.

4.- FARMACOTERAPIA CONCOMITANTE

Indicar los medicamentos concomitantes incluyendo los de automedicación así como la fecha de administración. Indicar en el motivo de la prescripción.

5.- DATOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Describir datos de importancia de la historia clínica como son diagnóstico, alergias, embarazo.

6.- PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN

Nombre y dirección del Informante (laboratorio productor o Profesional).

En caso de que el informante sea el laboratorio productor indicar los datos de este. Estos datos son requeridos por el Centro Nacional de Farmacovigilancia cuando el laboratorio notifique directamente y deberá ser en un período no mayor a 15 días después de la recepción de la notificación. Indicar datos del profesional notificador, dirección y teléfono con la finalidad de canalizar una respuesta si fuera necesario. En caso de que el informante se un profesional, indicar datos de este, dirección y teléfono con la finalidad de canalizar una respuesta si fuera necesario.

NOTA: Tiempo de envió: Evento serio de estudio clínico a más tardar dos días hábiles posterior a la notificación.

Evento no serio de estudio clínico al final del estudio.

Aviso espontáneo serio, a más tardar 15 días hábiles posteriores a la detección.

Aviso espontáneo de sospecha no serio, a más tardar 30 días hábiles posteriores a la detección.