

Formato de Recolección de Datos de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos

1. Identificación del Paciente

Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:		
Número de expediente:	Edad: _____ a _____ m _____ d	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	Género:	
Servicio:	Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:			
Diagnóstico:					
Nombre del notificador:			Profesión:		

2. Datos de la Sospecha

Parámetros	Resultado
Fecha de inicio de reacción.	
Signos o síntomas que presentó el paciente.	
Datos objetivos de la reacción adversa. (características, medidas, y número de ocasiones en las que se repitió el evento)	
Datos subjetivos de la reacción.	
Tiempo de aparición de la reacción con respecto a la administración del medicamento. (unidades de tiempo)	
Acción implementada por los profesionales de la salud para el tratamiento.	
Tiempo de duración de la reacción adversa.	
En caso de haber continuado con la administración, ¿se presentó nuevamente la reacción?	
Gravedad de la reacción adversa. (de acuerdo a la bibliografía)	
¿El paciente refiere haber presentado la misma reacción con anterioridad en alguna otra ocasión?	
Fecha de término de la reacción.	
Consecuencias de la reacción adversa.	

