

**UNIDAD DE FARMACOVIGILANCIA**SEGUNDA CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA – UBA
0800-777-0067

NOTIFICACIÓN N°:

FECHA:

MODOS DE REALIZAR LA NOTIFICACIÓN:

PERSONAL / CORREO 2° CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA – FAC. DE MEDICINA - UBA
PARAGUAY 2155 – PISO 16 (ASCENSORES DE LA IZQUIERDA)
TELEFONO / FAX: 4961-0943 ó 0800-777-0067
MAIL: CATEDRA2@FARMACO-VIGILANCIA.COM.AR
GUILLERMOKELLER@GMAIL.COM

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO:

DATOS DEL PACIENTE:	NOMBRE	DEBE SER CODIFICADO CON LAS INICIALES PARA PRESERVAR SU ANONIMATO.
	EDAD, SEXO, PESO, TALLA	ESTOS DATOS CONTRIBUYEN A UN BUEN REPORTE, NO SON OBLIGATORIOS, PERO SE RECOMIENDA SU LLENADO
	HISTORIA CLÍNICA	SI SE ENCUENTRA DISPONIBLE SE RUEGA COMPLETAR. ESTE DATO PUEDE PERMITIR INDIVIDUALIZAR EL CASO SI SE REQUIERE DE INFORMACIÓN ADICIONAL.
DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS / SIGNOS (EVENTO)	COMPLETE PARA CADA SÍNTOMA / SIGNO QUE HALLA PRESENTADO EL PACIENTE LA FECHA DE INICIO, Y SI EL EVENTO SE HA LIMITADO LA FECHA DE FINALIZACIÓN	
DESCRIPCIÓN	APROVECHE ESTE ESPACIO PARA DESCRIBIR TODAS LAS CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS Y ESTUDIOS RELIZADOS QUE AYUDARON A DESCARTAR OTRAS CAUSAS O APROXIMARSE AL DIAGNÓSTICO. SI ES NECESARIO AGREGUE UNA HOJA ADICIONAL.	
MEDICAMENTO	DROGA	ESCRIBA EL NOMBRE GENÉRICO DEL FÁRMACO
	DOSIS	ESPECIFIQUE LA DOSIS TOTAL DIARIA (EJ: 20 MG) O EN SU DEFECTO LA MANERA EN QUE FUE INDICADA (EJ: 10 MG C/12 HS)
	VÍA	ESPECIFIQUE LA MISMA (EV, VO, SC, IM, ETC.)
	INDICACIÓN	ESCRIBA EL DIAGNÓSTICO POR EL QUE RECIBIÓ EL FÁRMACO
	COMERCIAL	ESPECIFIQUE LA MARCA COMERCIAL ADMINISTRADA
	LOTE / VTO	LOS DATOS DE NÚMERO DE LOTE Y FECHA DE VENCIMIENTO SOLO SON NECESARIOS SI SE TRATA DE UN CASO DE FALTA DE EFICACIA
	INICIO/FIN	PROPORCIONE LA FECHA DE INICIO Y FIN DEL TRATAMIENTO CON ESE FÁRMACO
TIPO DE EVENTO	ESPECIFIQUE SI LO QUE REPORTA ES UN EVENTO ADVERSO, UN CASO DE FALTA DE EFICACIA (AUSENCIA DE EFECTO TERAPÉUTICO) O FALLA DE CALIDAD (PROBLEMAS DE LA FORMA FARMACÉUTICA TALES COMO PROBLEMAS DE ETIQUETADO, ASPECTO, COLOR, ETC.)	
SERIEDAD	SEÑALE SI PRESENTA ALGUNO DE LOS CRITERIOS PARA SER CONSIDERADO UN EVENTO ADVERSO SERIO (GENERÓ LA INTERNACIÓN, PROLONGÓ UNA INTERNACIÓN PREEXISTENTE, GENERA INCAPACIDAD PERSISTENTE, ALTERACIÓN CONGÉNITA, PELIGRO DE MUERTE O MUERTE). EN CASO CONTRARIO, NO COMPLETE NINGÚN CASILLERO.	
SEVERIDAD	COMPLETE EL GRADO DE PERJUICIO GENERADO PARA EL PACIENTE: LEVE (NO INTERFIERE CON LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS), MODERADO (DIFICULTA LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS) O SEVERO (IMPIDE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS)	
CAUSA PROVABLE / CONDUCTA TOMADA / EVOLUCIÓN / NIVEL DE EVIDENCIA / OTROS DATOS	ESTOS CAMPOS NO SON OBLIGATORIOS, SIN EMBARGO, COMPLETE TODO DATO QUE ESTÉ A SU DISPOSICIÓN YA QUE SON DE UTILIDAD PARA ESTABLECER LA CAUSALIDAD DEL FÁRMACO Y LAS CONSECUENCIAS DEL EVENTO.	
DATOS DEL NOTIFICADOR	TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONE SERÁN MANTENIDOS EN ANONIMATO TOTAL. LA ÚNICA FINALIDAD DE LOS MISMOS ES QUE USTED PUEDA SER CONTACTADO PARA: - BRINDARLE INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA SI LA REQUIERE - SOLICITARLE INFORMACIÓN DE LA EVOLUCIÓN (SI HICIERA FALTA) - COMUNICARLE LA RESPUESTA QUE SE OBTENGA DE ANMAT SOBRE ESTE CASO.	