

**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS AL  
MEDICAMENTO - RAM**

**\*Los datos brindados serán confidenciales\***

**A. DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE O INICIALES:

EDAD: SEXO:  F  M PESO (Kg): DNI:

**B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS**

**Marcar con "x" si la notificación corresponde a:**

REACCION ADVERSA:

ERROR DE MEDICACION:

PROBLEMA DE CALIDAD:

OTRO (Especifique):

Describe la reacción adversa:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

FECHA DE INICIO DE RAM: ...../...../.....

FECHA FINAL DE RAM: ...../...../.....

**C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACEUTICO(S)  
SOSPECHOSO(S) DE LA RAM :**

NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO:  
LABORATORIO:  
LOTE:  
DOSIS/FRECUENCIA:  
VÍA DE ADMINISTRACIÓN:  
FECHA INICIO:  
FECHA FINAL:  
MOTIVO DE PRESCRIPCION:

**D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACEUTICO(S)  
UTILIZADOS EN LOS 3 ULTIMOS MESES POR EL PACIENTE:**

NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO:

DOSIS/FRECUENCIA:

VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

FECHA INICIO:

FECHA FINAL:

MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN:

**E. DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA LA SOSPECHA DE LA RAM:**

NOMBRE:

TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO:

PROFESIÓN:

FECHA DE NOTIFICACIÓN:

FASE DE SEGUIMIENTO:

DESAPARECIÓ LA RAM POR SUSPENSIÓN:

DESAPARECIÓ LA RAM POR DISMINUCIÓN DE DOSIS:

REAPARICIÓN AL ADMINISTRAR OTRO MEDICAMENTO:

EL PACIENTE PRESENTÓ ANTES LA RAM: