

SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
 FICHA DE NOTIFICACION DE ERRORES DE MEDICACIÓN

"Las notificaciones son voluntarias, espontáneas y confidenciales"

PÁG. ____ DE ____

PAÍS: ARGENTINA PROVINCIA, LOCALIDAD: _____

DATOS DEL PACIENTE:

 NOMBRE Y APELLIDO _____ EDAD _____ SEXO _____ PESO _____
 DIAGNÓSTICO _____

DESCRIPCIÓN DEL ERROR (DESCRIBA LA SECUENCIA DE LOS HECHOS LO MÁS DETALLADA POSIBLE)

TIPO DE ERROR DE MEDICACIÓN (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN, PUEDE SER MÁS DE UNA)

- | | | |
|---|--|--|
| 1. MEDICAMENTO NO INDICADO/APROPIADO <input type="checkbox"/> | 2. DUPLICIDAD TERAPÉUTICA <input type="checkbox"/> | 3. OMISIÓN DE DOSIS <input type="checkbox"/> |
| 4. DOSIS INCORRECTA (MAYOR O MENOR) <input type="checkbox"/> | 5. FRECUENCIA/INTERVALO INCORRECTO <input type="checkbox"/> | 6. FORMA FARMACÉUTICA EQUIVOCADA <input type="checkbox"/> |
| 7. PREPARACIÓN/MANIPULACIÓN <input type="checkbox"/> | 8. TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN INCORRECTA <input type="checkbox"/> | 9. VÍA DE ADMINISTRACIÓN EQUIVOCADA <input type="checkbox"/> |
| 10. PACIENTE EQUIVOCADO <input type="checkbox"/> | 11. DURACIÓN TRATAMIENTO INCORRECTA <input type="checkbox"/> | 12. MEDICAMENTO VENCIDO/DETERIORADO <input type="checkbox"/> |
| 13. ETIQUETADO/PROSPECTO/ENVASADO <input type="checkbox"/> | 14. FALTA DE CUMPLIMIENTO PACIENTE <input type="checkbox"/> | 15. FALTA DE MONITOREO <input type="checkbox"/> |
| 16. OTRO (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> | | |

ETAPA EN LA QUE OCURRIÓ EL ERROR DE MEDICACIÓN

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 1. PRESCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> | 2. TRANSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> | 3. DISPENSACIÓN <input type="checkbox"/> | 4. ALMACENAMIENTO <input type="checkbox"/> |
| 5. PREPARACIÓN/MANIPULACIÓN <input type="checkbox"/> | 6. ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> | 7. MONITORIZACIÓN/SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/> | 8. OTRA (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> |

¿QUIÉN DETECTÓ EL ERROR?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| MÉDICO <input type="checkbox"/> | PACIENTE <input type="checkbox"/> |
| ENFERMERO <input type="checkbox"/> | FAMILIAR PACIENTE <input type="checkbox"/> |
| FARMACÉUTICO <input type="checkbox"/> | OTRO (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> |

¿DÓNDE OCURRIÓ EL ERROR?

- | | |
|---|---|
| HOSPITAL <input type="checkbox"/> | DOMICILIO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> |
| FARMACIA <input type="checkbox"/> | CONSULTORIO MÉDICO <input type="checkbox"/> |
| GENTRO ATENCIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> | OTRO (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> |

CATEGORÍA DEL ERROR

| ERROR POTENCIAL | CATEGORÍA A | CIRCUNSTANCIAS O INCIDENTES CON CAPACIDAD DE CAUSAR ERROR |
|-----------------|-------------|---|
| ERROR SIN DAÑO | CATEGORÍA B | EL ERROR SE PRODUJO, PERO NO ALCANZÓ AL PACIENTE |
| | CATEGORÍA C | EL ERROR ALCANZÓ AL PACIENTE, PERO NO LE CAUSÓ DAÑO |
| | CATEGORÍA D | EL ERROR ALCANZÓ AL PACIENTE Y NO LE CAUSÓ DAÑO, PERO REQUIRIÓ MONITORIZACIÓN Y/O INTERVENCIÓN PARA COMPROBAR QUE NO HABÍA SUFRIDO DAÑO |
| | | |
| ERROR CON DAÑO | CATEGORÍA E | EL ERROR CONTRIBUYÓ O CAUSÓ DAÑO TEMPORAL AL PACIENTE Y REQUIRIÓ INTERVENCIÓN |
| | CATEGORÍA F | EL ERROR CONTRIBUYÓ O CAUSÓ DAÑO TEMPORAL AL PACIENTE Y REQUIRIÓ O PROLONGÓ LA HOSPITALIZACIÓN |
| | CATEGORÍA G | EL ERROR CONTRIBUYÓ O CAUSÓ DAÑO PERMANENTE AL PACIENTE |
| | CATEGORÍA H | EL ERROR COMPROMETIÓ LA VIDA DEL PACIENTE Y SE REQUIRIÓ INTERVENCIÓN PARA MANTENER SU VIDA |
| ERROR MORTAL | CATEGORÍA I | EL ERROR CONTRIBUYÓ O CAUSÓ LA MUERTE DEL PACIENTE |

SI EL MEDICAMENTO SÍ FUE ADMINISTRADO AL PACIENTE, DESCRIBA EL DESENLACE (EJ: MUERTE, TIPO DE LESIÓN, EFECTO ADVERSO) _____

SI EL MEDICAMENTO NO FUE ADMINISTRADO AL PACIENTE, DESCRIBA LA INTERVENCIÓN QUE LO EVITÓ _____

COMPLETAR EL SIG. CUADRO SÓLO SI EL MEDICAMENTO IMPLICADO EN EL ERROR SE DEBIÓ A CONFUSIÓN ENTRE MEDICAMENTOS

| | MEDICAMENTO 1 | MEDICAMENTO 2 |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA | | |
| NOMBRE COMERCIAL Y LABORATORIO | | |
| DOSIS | | |
| FORMA FARMACÉUTICA | | |
| VÍA DE ADMINISTRACIÓN | | |

FACTORES CONTRIBUYENTES

| | |
|---|---|
| FALTA DE INFORMACIÓN CRÍTICA DEL PACIENTE | ENTORNO, PERSONAL O VOLUMEN DE TRABAJO |
| FALTA DE INFORMACIÓN CRÍTICA DEL MEDICAMENTO | CAPACITACIÓN INADECUADA DEL PERSONAL |
| PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN | DEFICIENTE EDUCACIÓN DEL PACIENTE SOBRE SU PATOLOGÍA Y CUIDADOS |
| PROBLEMA DE NOMBRE DE LA DROGA, ETIQUETADO O ENVASADO | FALTA DE CONTROLES O SISTEMAS DE CHEQUEO INEFICIENTES |
| MEDICAMENTO MAL ALMACENADO O PROBLEMA DE DISPENSACIÓN | OTROS (ESPECIFICAR) |

FECHA DEL ERROR: ____ / ____ / ____

FECHA DE ESTE REPORTE: ____ / ____ / ____

¿ACONSEJARÍA ALGUNA MEDIDA PARA PREVENIR ESTE ERROR?

DATOS DEL COMUNICADOR

APELLIDO Y NOMBRE _____

PROFESIÓN/OCUPACIÓN _____

LUGAR DE TRABAJO _____

DIRECCIÓN _____

TEL/FAX _____ E-MAIL _____