

SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
 FICHA DE NOTIFICACION DE ERRORES DE MEDICACION

"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
	CATEGORÍA E	EL ERROR CONTRIBUYÓ O CAUSÓ DAÑO TEMPORAL AL PACIENTE Y REQUIRIÓ INTERVENCIÓN
ERROR CON DAÑO	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 \_\_\_\_\_