

Responda siguiendo el orden numérico de las preguntas. Los \* son obligatorios.

**ACERCA DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTE REPORTE**

1. INICIALES DEL NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_
2. ¿PUEDE ALGUIEN DE LA ANMAT COMUNICARSE CON UD.? SI  NO
3. TELÉFONO, INCLUYENDO CÓDIGO DE ÁREA: \_\_\_\_\_
4. DIRECCIÓN DE E-MAIL: \_\_\_\_\_

**ACERCA DE LA PERSONA QUE EXPERIMENTÓ LA REACCIÓN**

5. ¿QUIÉN EXPERIMENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA?  
YO  MI HIJO/A  OTRA PERSONA
6. SEXO\*: MASCULINO  FEMENINO
7. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO): \_\_\_\_\_
8. PESO EN KG.: \_\_\_\_\_
9. ALTURA EN CM.: \_\_\_\_\_

**REACCIÓN ADVERSA**

10. LA REACCIÓN ADVERSA COMENZÓ (DÍA/MES/AÑO): \_\_\_\_\_
11. DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS DE LA REACCIÓN ADVERSA\* (POR ORDEN DE APARICIÓN):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. ¿CUÁNTO TIEMPO FUE UTILIZADA LA MEDICACIÓN ANTES QUE OCURRA LA REACCIÓN ADVERSA? \_\_\_\_\_
13. ¿LA REACCIÓN ADVERSA HA SIDO TRATADA?  
SI  ¿RECUERDA CON QUE MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_  
NO  NO SÉ
14. ¿HA DESAPARECIDO LA REACCIÓN ADVERSA? SI   
ESTOY MEJOR PERO CONTINÚAN ALGUNOS SÍNTOMAS   
NO, SIN DIFERENCIA  NO SÉ
15. ¿LA REACCIÓN ADVERSA HA AFECTADO SU MODO DE VIDA DIARIA?  
POCO, O CASI NADA  HA AFECTADO MI MODO DE VIDA DIARIO   
HA HECHO IMPOSIBLE MI MODO DE VIDA DIARIO  NO SÉ
16. ¿LA REACCIÓN ADVERSA HA CAUSADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES? HOSPITALIZACIÓN  PROLONGÓ HOSPITALIZACIÓN   
TERAPIA INTENSIVA  LICENCIA MÉDICA LABORAL   
REACCIÓN QUE AMENAZÓ LA VIDA  MUERTE   
DEFECTO DE NACIMIENTO  DISCAPACIDAD   
NINGUNA DE LAS ANTERIORES
17. LA REACCIÓN FINALIZÓ (DÍA/MES/AÑO): \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS ADICIONALES**

34. CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL: \_\_\_\_\_
35. ¿HA COMENTADO A ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD ACERCA DE LA REACCIÓN ADVERSA? SI  MÉDICO  ODONTÓLOGO   
ENFERMERO  OTROS  NO  NO SÉ   
¿QUÉ LE DIJERON?: \_\_\_\_\_
36. ¿LE HICIERON ALGÚN ESTUDIO? SI  SANGRE  ORINA   
RADIOGRAFÍA  OTROS  NO

**MEDICAMENTO SOSPECHADO 1. INICIALES DEL NOMBRE Y APELLIDO:**

18. NOMBRE DEL MEDICAMENTO (INCLUYENDO MARCA COMERCIAL) \* \_\_\_\_\_
19. FORMA Y CONCENTRACIÓN FARMACÉUTICA (CANTIDAD QUE CONTIENE CADA COMPRIMIDO O CÁPSULA O GRAGEA O CANTIDAD DE MG CADA 5 MILILITROS –CM CÚBICOS, SI ES LÍQUIDO O POR AMPOLLA SI ES INYECTABLE): \_\_\_\_\_
20. N°LOTE Y VENCIMIENTO DEL MEDICAMENTO \_\_\_\_\_
21. MOTIVO DEL TRATAMIENTO (PARA QUÉ LO TOMA): \_\_\_\_\_
22. DOSIS: \_\_\_\_\_
23. FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO (DÍA/MES/AÑO): \_\_\_\_\_
24. FECHA DE FIN DEL TRATAMIENTO (DÍA/MES/AÑO): \_\_\_\_\_
25. ¿HUBO ALGÚN CAMBIO EN EL TRATAMIENTO CUANDO OCURRIÓ LA REACCIÓN ADVERSA?  
SI, SE SUSPENDIÓ EL TRATAMIENTO   
SI, SE DESCENDIÓ LA DOSIS DE LA MEDICACIÓN   
SI, SE INCREMENTÓ LA DOSIS DE LA MEDICACIÓN   
NO  NO SÉ
26. ¿QUE OCURRIÓ CUANDO EL TRATAMIENTO CAMBIÓ?  
LA REACCIÓN DESAPARECIÓ   
LA REACCIÓN DISMINUYO RÁPIDAMENTE   
LA REACCIÓN DISMINUYÓ LENTAMENTE   
SIN CAMBIOS EN LA REACCIÓN  NO SÉ
27. SI EL MEDICAMENTO FUE REUTILIZADO, ¿LA REACCIÓN REAPARECIÓ?  
SI  NO  NO SÉ  NUNCA  VOLVIÓ A TOMARLO
28. ¿DÓNDE FUE OBTENIDA LA MEDICACIÓN?  
FARMACIA (SIN RECETA)   
FARMACIA (CON RECETA DE UN PROFESIONAL MÉDICO)   
FARMACIA (PRESCRIPTA POR UN ODONTÓLOGO)   
LOCAL DE COMIDA SANA  OTRO SITIO DE COMPRAS   
INTERNET  EN EL EXTERIOR  NO SÉ

**OTROS MEDICAMENTOS**

- LISTAR O DESCRIBIR QUE OTROS MEDICAMENTOS, HIERBAS MEDICINALES, VITAMINAS, ETC., FUERON UTILIZADOS, JUNTO CON EL QUE USTED PIENSA QUE CAUSÓ EL EVENTO NO DESEADO.
29. NOMBRE DEL MEDICAMENTO O HIERBA MEDICINAL: \_\_\_\_\_
30. RAZÓN PARA EL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_
31. FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_
32. FECHA DE FIN DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_
33. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE OTROS MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE ESTE REPORTE (DÍA/MES/AÑO): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOTIFICACIÓN N° \_\_\_\_\_