|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Reporte:** |  | Inicial |  | seguimiento |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tipo de reporte:**  |  | Espontáneo |  | Reporte de Estudio |  | Otro |  | Desconocido |

|  |
| --- |
| **Datos del Paciente** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Iniciales del paciente: |  | Nº de Ficha: |  |  |  Sexo: |   | M |   | F |   | Desconocido |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidad/Servicio: |  | *(Ej.: Pediatría)* | Peso |  | Kg | Talla |  | cm |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grupo etario: |  |  *(anote el dígito correspondiente según el siguiente listado)* | Edad: |  | *(N°)* |  | *(Unidad. Ej.: meses, años)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Recién Nacido** *(menor de 1 mes)* | 3 | **Preescolar** *(2 años y menor de 6 años)* | 5 | **Adolescente** *(12 años y menor de 18 años)* | 7 | **Adulto Mayor** *(65 o más años)* |
| 2 | **Lactante** *(de 1 a menor de 24 meses)* | 4 | **Escolar** *(6 años y menor de 12 años)* | 6 | **Adulto** *(18 años y menor de 65 años)* | 8 | **Desconocido** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Declara pueblo originario: |  |  |  *(anote los dos dígitos correspondientes según el siguiente listado)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 00

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | Ninguno | 1 | Alacalufe (kawashkar) | 2 | Atacameño (Lickan Antay) | 3 | Aimara | 4 | Colla |
| 5 | Diaguita | 6 | Mapuche | 7 | Quechua | 8 | Rapa Nui | 9 | Yámana (Yagán) |
| 10 | No Sabe | 11 | Otro pueblo originario declarado: | 12 | No Responde | 13 | No es posible preguntar el dato |

 | Ninguno | 03 | Aimara | 06 | Mapuche | 09 | Yámana (Yagán) | 12 | No Responde |
| 01 | Alacalufe (kawashkar) | 04 | Colla | 07 | Quechua | 10 | No Sabe | 13 | No es posible preguntar el dato |
| 02 | Atacameño (Lickan Antay) | 05 | Diaguita | 08 | Rapa Nui | 11 | Otro pueblo originario declarado: |

|  |
| --- |
| **Descripción de la Reacción Adversa** (incluyendo datos de laboratorio) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA INICIO RAM \*:**  |  | Duración de la RAM:  |  | *(N°)* | minutos |  | horas |  | días |  | meses |  | años  |  |
|  | *(dd/mm/aaaa)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿La RAM ocurrió después de la administración del Fármaco Sospechoso? |  | Sí |  | No |  | Desconocido |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fármaco(s)** | Recibió Fármaco Concomitante | S = Fármaco SospechosoC = Fármaco Concomitante |
| Sí |  | No |  | Desconocido |  |  |
|  |  |  |
| S | C | Fármaco(s) | Marca® | Lote (esencial para productos biológicos) | Dosis | Frecuencia | Vía deAdm. | Fecha Inicio | Fecha Término | Motivo dela Prescripción |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Tratamiento de la RAM** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paciente recibió tratamiento específico para la RAM *(incluyendo suspensión de fármacos o ajustes de dosis)*: | Sí |  | No |  | Desconocido |  |
|  |
| Describa: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Resultado de la RAM**  | Recuperado  |  | No Recuperado |  | Muerte |  | Fecha de muerte |  |
|  |
| Causa de muerte |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se suspendió el fármaco sospechoso luego de la aparición de la RAM? | Sí |  | No |  | Desconocido |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Tras disminuir o suspender el fármaco sospechoso disminuyó o desapareció la RAM? | Sí |  | No |  | No Aplica |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se readministró el fármaco sospechoso luego de suspenderlo? | Sí |  | No |  | No Aplica |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Reapareció o se intensificó la RAM luego de la readministración del fármaco sospechoso? | Sí |  | No |  | No Aplica |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Consecuencia de la RAM en el paciente. Debido a la RAM el paciente:**Requirió hospitalización sísi No SNoSeñale díasno  |
| ¿Requirió hospitalización? |  Si |  | No |  | ¿Prolongó hospitalización?  | Si  |  |  No |  |  Señale días  |  |  |
|  |  |
| ¿Puso en peligro la vida? | Si |  | No |  | Secuela SI  |  | No |  |  | Describa secuelas  |  |

|  |
| --- |
|  **Comentarios** (Ej. Antecedentes Clínicos Relevantes, Patología de Base, Alergias, Exposición Previa al Fármaco y Evolución) |
| Describa: |

|  |
| --- |
| **Informado por** |
|  |
| Médico |  |  Químico Farmacéutico |  | Enfermera |  | Otro |  | (Señalar): |  |
|  |
| Nombre:  |  |
|  |
| Establecimiento *(Donde se detecta la RAM)*:  |  |  Fecha de Reporte:  |  |
|  |
| Dirección:  |  | Teléfono:  |  |
|  |
| E-Mail:  |  |  | Comuna: |  |
|  |