*Farmacovigilancia*

*Fresenius Kabi S.A. Email: vigilanciaecuador@fresenius-kabi.com*

*Km. 4.5 Vía a Durán Tambo T +593 45091003 ext. 135 / para horas fuera de oficina:*

*092407 Durán, Ecuador +593 990711385 / +593 968899331*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Paciente | | | | | | |
| Iniciales:  \_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Nacimiento:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Edad/  Grupo de Edad:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Género:  f  m | Embarazo:  \_\_\_\_ semana | Peso:  \_\_\_\_\_\_ kg | Altura:  \_\_\_\_\_\_\_\_cm |

|  |  |
| --- | --- |
| B. Reportero | |
| Profesional sanitario?  si  no | |
| Si es si, por favor proveer detalles del profesional sanitario:  Médico  Farmacéutico  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:  Dirección:  Número de teléfono:  E-mail: | Si es si, por favor proveer detalles del cliente / paciente:  Cliente (cuidador del paciente u otro)  Paciente  Nombre:  Dirección:  Número de teléfono:  E-mail: |
| Consentimiento para que Fresenius Kabi realice un seguimiento con el consumidor/paciente para obtener más información?  si  no  no aplica | |
| Consentimiento para que Fresenius Kabi realice un seguimiento con el profesional sanitario?  si  no  no aplica  Nota: Por favor, rellene los datos de contacto del profesional sanitario arriba. | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Medicamento(s)** (Nombre comercial o principio activo / forma farmacéutica) | No. Lote**\*** | Vía de administración | Dosificación (dosis y frecuencia) | Duración del tratamiento | | Indicación |
| Inicio | Fin |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

Sospecha de causalidad con el medicamento No.  1  2 3  4 Marque al menos un medicamento

\* Si el No. Lote de los medicamentos sospechosos de Fresenius Kabi no está disponible, complete con la(s) razón(es) correspondiente(s): “**preguntado pero desconocido**”, “**no disponible y no se recibió el consentimiento para el seguimiento**” o “**no disponible y seguimiento solicitado**”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D. Reacción(es) adversa(s)** [por favor describa la(s) reacción(es) y cualquier tratamiento dado]:  Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Criterio de gravedad de la reacción**(es)  muerte (autopsia:  si  no)  amenaza la vida  hospitalización o prolonga hospitalización  lesión permanente o discapacidad  evento médico importante | **Resultado:**  desconocido  recuperado completamente  recuperado con secuelas  aún no recuperado  recuperándose | **Tratamiento descontinuado debido a la reacción adversa**  si  no  no información  **Mejoría después de la interrupción**  si  no  no información  **Reaparición después de la reexposición**  si  no  no información |

En casos de reacciones adversas graves, puede ser útil **adjuntar carta de alta médica y/o hospitalaria**.

|  |
| --- |
| **E. Historia médica y otras características** (ej. Enfermedades subyacentes y concomitantes, otras drogas, alergias, fumar, alcohol, daño renal): |
| **F. Investigaciones relevantes y resultados de laboratorio** (con fecha y valores normales): |

|  |
| --- |
| **G. Formulario completado y llenado por**: |
| Nombre: Fecha & Firma: |