*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 aplicaNota: 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: |