

<b>FORMATO INTERNO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS</b> No. de notificación FV local: [ ] (espacio en amarillo para ser llenado por Dirección Médica)	No. de queja local: [ ]
	No. de folio gCWM: [ ]
Fecha: [ ]	Caso reportado a COFEPRIS: SI NO

### I INFORMACIÓN DE LA(S) REACCIÓN(ES)

1. INICIALES DEL PACIENTE (nombres, apellidos)	1a Nacionalidad	2. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE Día Mes Año	2a EDAD (años)	3 SEXO m f	8-12 MARCAR TODAS LAS APROPIADAS PARA LA CONSECUENCIA DE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA El paciente murió Involucró o prolongó la hospitalización del paciente Involucró discapacidad o incapacidad persistente o significativa Amenazante para la vida Otra, explique_____
3a ESTATURA (cm)		3b PESO (kg)		4-6 APARICIÓN DE LA REACCIÓN día mes año	
7 + 13 DESCRIBA LA(S) REACCIÓN(ES)					

### II INFORMACIÓN DEL(LOS) FÁRMACO(S) SOSPECHOSO(S)

14 FÁRMACO(S) SOSPECHOSO(S) NOMBRE GENÉRICO	14a NOMBRE COMERCIAL	14b LABORATORIO FABRICANTE EN EL CASO DE PRODUCTO FRESENIUS IMPORTADO	20. ¿LA REACCIÓN SE MITIGÓ DESPUÉS DE SUSPENDER EL FÁRMACO? SI NO NA
14c No. DE LOTE:	14d FECHA DE CADUCIDAD	14e FORMA FARMACÉUTICA	
15. DOSIS DIARIA ADMINISTRADA	16. VÍA(S) DE ADMINISTRACIÓN		21. ¿LA REACCIÓN REAPARECIÓ DESPUÉS DE LA READMINISTRACIÓN? SI NO NA
17. INDICADO PARA			21a. ¿SE MODIFICÓ LA DOSIS? SI NO NA
18. FECHAS DE LA TERAPIA (desde/hasta)	19. DURACIÓN DE LA TERAPIA (minutos, horas o días)		

### III FÁRMACO(S) CONCOMITANTE(S) E HISTORIA

22. FÁRMACO(S) CONCOMITANTE(S), FECHAS DE ADMINISTRACIÓN, DOSIS Y MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN
23. OTRA HISTORIA CLÍNICA RELEVANTE (alergias, adicciones, cirugías previas, otras enfermedades presentes al momento del evento adverso, datos de laboratorio, embarazo, antecedentes familiares)

### IV OTROS DATOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

24. NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPORTANTE	24a. ORIGEN: Profesional de la salud Paciente Hospital	
24b. TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO ALTERNO:	24c. RELACIÓN EN EL CASO (Jefe de Depto., médico tratante, jefa de enfermeras):	25. DOSIS INICIAL PRESCRITA
25a. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD SUBYACENTE DEL PACIENTE		
25b. MANEJO Y TRATAMIENTO DEL EVENTO ADVERSO (maniobras o medicamentos):		
25c. OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE DEL PACIENTE O COMENTARIO DEL REPORTANTE:		

FKM garantiza la confidencialidad de los datos del reportante y de la información clínica de los pacientes.