



NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)

(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES) Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar "desconocido"

Reporte: ☐ Inicial ☐ seguimiento
Tipo de reporte: ☐ Espontáneo ☐ Reporte de Estudio ☐ Otro ☐ Desconocido

Datos del Paciente

Iniciales del paciente: N° 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	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 Wajun)	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: minutos horas días meses años

¿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 Sospechoso C = Fármaco Concomitante		
				Sí ☐	No ☐	Desconocido ☐				
S	C	Fármaco(s)	Marca®	Lote (esencial para productos biológicos)	Dosis	Frecuencia	Vía de Adm.	Fecha Inicio	Fecha Término	Motivo de la Prescripción

Tratamiento de la RAM

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

Describe:

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? ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Prolongó hospitalización? ☐ Sí ☐ No ☐ Señale días
¿Puso en peligro la vida? ☐ Sí ☐ No ☐ Secuela ☐ SI ☐ No ☐ Describa secuelas

Comentarios (Ej. Antecedentes Clínicos Relevantes, Patología de Base, Alergias, Exposición Previa al Fármaco y Evolución)

Describe:

Informado por

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