

**INSTRUCCIONES DE LLENADO FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE  
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)  
(LA IDENTIDAD DEL PACIENTE Y DEL INFORMARTE SON CONFIDENCIALES)**

## INSTRUCCIONES

El notificador deberá completar cada una de las secciones del formulario de la siguiente manera:

### DATOS DEL PACIENTE:

- **Nombre y apellidos:** Puede indicar nombre con sus respectivos apellidos o iniciales, o un código identificador que haga trazable al paciente. Se recuerda que la información es absolutamente confidencial.
- **Número de Ficha:** Información necesaria para confirmar datos o hacer un seguimiento.
- **Edad:** Expresar en años. Utilizar meses (M) si el paciente es menor de 1 año (Ej.04 M) y días (D), si es menor de un mes (Ej. 15 D).
- **Peso:** Expresar en Kg. Esta información es particularmente importante en ancianos, niños y pacientes obesos. Si desconoce el peso exacto, por favor coloque el peso aproximado y entre paréntesis indique "aprox."
- **Talla:** Expresar en cm. De gran importancia en niños y en el reporte de sospecha de RAM de fármacos oncológicos.
- **Unidad/Servicio:** Señalar la unidad o servicio en la que el paciente se encontraba al momento de presentar la RAM.

**Pueblo indígena declarado:** Se debe consultar al paciente o al familiar responsable de la siguiente forma: ¿Pertenece usted (el paciente) a alguno de los siguientes pueblos indígenas: Alacalufe o Kawashkar, Atacameño o Lickan Antay, Aimara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámana o Yagán?, Luego de esto debe registrarse la respuesta en el formulario, utilizando el código de dos dígitos correspondiente, según el siguiente esquema:

- **00** : El paciente no pertenece a ningún pueblo originario.
- **01 a 09** : El paciente pertenece a alguno de los pueblos originarios listados. El código específico se elige de acuerdo a la tabla de codificación que se encuentra en el formulario de notificación.
- **10** : El paciente no sabe si pertenece o no a algún pueblo originario, o a qué pueblo originario pertenece.
- **11** : El paciente pertenece a un pueblo originario que no está incluido en la lista de codificaciones. En este caso debe registrarse en el formulario el pueblo originario al que pertenece, a continuación de la frase "Otro pueblo originario declarado:".
- **12** : El paciente no responde.
- **13** : No es posible preguntar el dato. Esto puede ocurrir tanto porque el paciente no está presente al momento de efectuar el reporte como por otras circunstancias.

### DESCRIPCIÓN DE LA RAM

Describa detalladamente cuáles fueron los signos o síntomas que considere puedan estar relacionados con la administración del medicamento. Describa el evento resumiendo toda la información clínica relevante indicando la naturaleza, localización e intensidad de la RAM.

### FECHA DE INICIO RAM

Es importante para la evaluación de causalidad, si no tiene la fecha exacta, es posible que nos señale mes, año, y seleccione las demás casillas relacionada con la fecha.

### FÁRMACO(S) SOSPECHOSO(S) Y CONCOMITANTE(S)

Indicar con una X, en el casillero correspondiente con la letra S = Fármaco Sospechoso y con la letra C = Fármaco Concomitante. Señale la marca comercial®; si la desconoce, señale el nombre genérico y el laboratorio, señalar el número de serie o lote y fecha de vencimiento si es posible.

Si el fármaco sospechoso es un producto biológico, deberá hacer todo lo posible para señalar el número de serie o lote.

Indique todos los otros fármacos (incluyendo analgésicos, vitaminas, "productos naturales" y hierbas) recetados o automedicados que el paciente esté consumiendo con sus respectivas dosis, vía de administración, razón de uso, fecha de inicio y término del tratamiento. Si el paciente no está consumiendo otros fármacos, señálelo explícitamente.

**INSTRUCCIONES DE LLENADO FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE  
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)  
(LA IDENTIDAD DEL PACIENTE Y DEL INFORMARTE SON CONFIDENCIALES)**

**DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN**

Indicar la dosis administrada al paciente, en cantidad y unidades de medida y describa la vía de administración del medicamento. Ejemplos: 500 mg 3 veces al día, vía oral; 10 mg diarios infusión IV, bolus IV.

**FECHAS DE INICIO Y TÉRMINO DE LA TERAPIA**

Señalar cuándo comenzó la administración del fármaco en sospecha y medicamentos concomitantes y la fecha en que ésta finalizó. Si el fármaco continúa siendo administrado especificarlo en el apartado correspondiente a Fecha de Término: CONT.

**MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN**

Señalar la enfermedad o patología del paciente para la cual este medicamento fue prescrito.

**TRATAMIENTO DE LA RAM**

Señalar las medidas adoptadas frente al evento adverso (por ej. suspensión del tratamiento, administración de antídoto específico, etc.)

**SUSPENSIÓN/READMINISTRACIÓN**

Indicar en el apartado si el fármaco fue suspendido a causa de la RAM. Si no es suspendido por esta causa marcar NO.

En el caso que el fármaco se suspenda, indicar si éste fue readministrado o no. Señalar en el apartado correspondiente si existe reaparición de la RAM posterior a la readministración. Detallar en el apartado "COMENTARIOS" el resultado de la readministración.

**RESULTADO DE LA RAM**

Indicar con una X el resultado obtenido en el casillero correspondiente. Es relevante saber si al momento del reporte el paciente está recuperado, no recuperado, o si se sospecha que la reacción adversa ha causado la muerte al paciente.

**CONSECUENCIA DE LA RAM**

Indicar con una X la consecuencia de la reacción adversa en el casillero correspondiente. Es relevante saber si originó una hospitalización, o prolongó los días de una hospitalización en curso. Este dato permitirá evaluar la gravedad del evento.

**COMENTARIOS**

Incluir cualquier antecedente clínico relevante, tales como patología de base, alergias previas, enfermedades concomitantes, exposición previa a los medicamentos, datos de análisis de laboratorio, etc. En este apartado puede complementar el caso y detallar el resultado de la suspensión y/o readministración del fármaco. Si necesita más espacio, agregar hoja anexa. Es especialmente relevante en este apartado el describir otras situaciones que pudieran constituir causas alternativas de la sintomatología que presenta el paciente; ejemplo: estados de estrés o ansiedad, excesos o desajustes alimenticios, exposición a alimentos o animales a los cuales es alérgico, etc.

**DATOS DEL INFORMANTE**

Indique su nombre, profesión, ciudad, establecimiento a que pertenece, teléfono y correo electrónico. Registrar la fecha de reporte. Es importante señalar en el casillero correspondiente si este reporte es inicial o es un seguimiento a un reporte anterior. Esta información será de gran utilidad para obtener información adicional en el caso que sea necesario.