

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD					
EESS:DISA/DIRESA/GERESA:					
B. DATOS DEL PACIENTE					
Nombres y apellidos.....					DNI.....
Registro TB:		Edad..... años	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Peso kg	
C. TIPO Y DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA SOSPECHADA					
<input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Hematológica <input type="checkbox"/> Endocrinológica <input type="checkbox"/> Dérmica <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Osteoarticular <input type="checkbox"/> Enf. diarreica <input type="checkbox"/> Hepática <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Ototóxica <input type="checkbox"/> Otros: Describir:			Fecha de inicio de RAM: ____/____/____ Gravedad de la RAM (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa La reacción adversa produjo: (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Discapacidad/incapacidad <input type="checkbox"/> Anomalía congénita <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante Desenlace (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido		
D. MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSIS QUE RECIBE EL PACIENTE(S)					
Fármaco antituberculosis	Dosis en mg por día	N° de tab/amp recibidos por día	Medicamento Sospechoso de la RAM (Marcar con X)	Fecha inicio	Fecha término
Isoniacida					
Rifampicina					
Pirazinamida					
Etambutol					
Estreptomina					
Kanamicina					
Capreomicina					
Levofloxacino					
Moxifloxacino					
Etionamida					
Cicloserina					
PAS					
Amoxicilina / Ac. clavulánico					
E. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES (excluir medicamentos para tratar la RAM)					
Nombre	Dosis	Fecha inicio	Fecha de término	Motivo de uso	
F. ENFERMEDADES O CONDICIONES PATOLÓGICAS CONCOMITANTES (Marcar con X)					
1. Diabetes ()	6. Hepatopatía crónica ()	11. Convulsiones ()			
2. VIH ()	7. Gastritis ()	12. Alteraciones psiquiátricas ()			
3. Drogadicción ()	8. Dermatopatías ()	13. Insuficiencia Renal Crónica ()			
4. Alcoholismo ()	9. Tabaquismo ()	14. Desnutrición ()			
5. Hepatopatía aguda ()	10. Asma ()	15. Otros(Especificar).....			
G. MANEJO DE RAM					
Suspendió todos los fármacos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Suspendió solo el(los) fármaco(s) sospechoso(s) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Disminuyó o fraccionó dosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Se realizó RETO y/o Desensibilización <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Cambio de esquema de tratamiento por RAM <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Especifique esquema modificado			
Recibió tratamiento para la RAM <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Especifique:			
H. OBSERVACIONES ADICIONALES (mencionar fármaco sospechoso de RAM identificado y hecho importante relacionado a la RAM y/o su manejo)					
I. DATOS DEL MEDICO NOTIFICADOR					
Nombres:			Teléfono.....		
Correo electrónico:					
Fecha de notificación: ____/____/____					

Notifique, aunque usted no tenga la certeza de que el medicamento causó la reacción adversa. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar. En el caso de no contar con la información disponible, no dejar espacios en blanco, colocar "Desconocido". Utilice un formato por paciente.

A. DATOS DEL EESS

Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud u otra institución) donde se detecta la RAM y el nombre de la Dirección de Salud a la que pertenece el establecimiento.

B. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: Registrar de acuerdo al DNI del paciente.

DNI: Anotar el número de 8 dígitos.

Registro TB: Anotar el número de orden del Libro de Registro y Seguimiento del Paciente con TB.

Edad: expresarlo en años.

Sexo: Marcar con una (X) según corresponda, F=Femenino, M=Masculino.

Peso: Expresarlo en Kg.

C. TIPO Y DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA SOSPECHADA

Marcar con una (X) el tipo de reacción adversa sospechada y describir la reacción adversa.

Fecha de inicio: señalar el día, mes y año del inicio de la RAM.

Gravedad de la RAM: Marcar con una (X) según corresponda.

La reacción adversa produjo: Marcar con una (X) según corresponda.

Desenlace: Marcar con una (X) según corresponda.

D. MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSIS QUE RECIBE EL PACIENTE

Anotar la dosis en mg por día, número de tabletas/ampollas recibidos por día, fecha de inicio y fecha de término del medicamento(s) antituberculosis (esquema de tratamiento).

Marcar con una (X) el medicamento anti-TB sospechoso de la RAM.

E. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES

Anotar el nombre del medicamento que recibe el paciente para una enfermedad diferente a la Tuberculosis. Anotar dosis, fecha de inicio, fecha de término y motivo de prescripción. Excluir los medicamentos usado para tratar la RAM.

F. ENFERMEDADES O CONDICIONANTES PATOLÓGICAS CONCOMITANTES

Marcar con una (X) según corresponda.

G. MANEJO DE RAM

Marcar con una (X) según corresponda.

H. OBSERVACIONES ADICIONALES

Anotar según corresponda el medicamento sospechosos de RAM identificado y cualquier hecho importante relacionado a la RAM y/o su manejo.

I. DATOS DEL MEDICO NOTIFICADOR

Anotar los nombres, teléfono, correo electrónico del profesional notificador. El objetivo de esta información es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.

Señalar la fecha en que se realizó la notificación y colocar firma, sello y N° de CMP.