

**ANEXO N° 13: FORMATO NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

| A. DATOS DEL PACIENTE   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
|---|------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---------------------------------|----|----|-----------|
| Nombres o iniciales(°):   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Edad (°):   | Sexo (°)         | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Peso(Kg):                             | Historia Clínica y/o DNI:            |  |  |                                 |    |    |           |
| Establecimiento(°):   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Diagnóstico Principal o CIE10:  |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS:   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Marcar con "X" si la notificación corresponde a:  |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| <input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro(Especifique).....                               |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Describir la reacción adversa (°)   |                  |   |                                       |                                      |  | Fecha de inicio de RAM (°): ____/____/____   |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | Fecha final de RAM : ____/____/____  |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | Gravedad de la RAM(Marcar con X)   |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave                   |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | Solo para RAM grave (Marcar con X)   |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | <input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ____/____/____  |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | <input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente   |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad<br><input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | Desenlace(Marcar con X)  |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela                              |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  | <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido      |                                 |    |    |           |
| Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):  |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: Alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.) |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S)   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote)  |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Nombre comercial y genérico(°)  | Laboratorio      | Lote  | Dosis/Frecuencia(°)                   | Vía de Adm. (°)                      | Fecha inicio(°)  | Fecha final(°)   | Motivo de prescripción o CIE 10 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Suspensión(Marcar con X)  |                  | Si  | No                                    | No aplica                            | Reexposición(Marcar con X)   |  |                                 | Si | No | No aplica |
| (1)¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?   |                  |   |                                       |                                      | (1)¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?    |  |                                 |    |    |           |
| (2)¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?  |                  |   |                                       |                                      | (2)¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico? |  |                                 |    |    |           |
| El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |                  |   |                                       | Especifique:                         |  |  |                                 |    |    |           |
| En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario:   |                  |   |                                       | Fecha de vencimiento ____/____/____. |  |  |                                 |    |    |           |
| D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)  |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Nombre comercial y genérico   | Dosis/frecuencia | Vía de Adm.   | Fecha inicio                          | Fecha final                          | Motivo de prescripción   |  |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
|   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| E. DATOS DEL NOTIFICADOR  |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Nombres y apellidos(°):   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Teléfono o Correo electrónico(°):   |                  |   |                                       |                                      |  |  |                                 |    |    |           |
| Profesión(°):   |                  |   | Fecha de notificación ____/____/____. |                                      |  | N° Notificación:   |                                 |    |    |           |

Los campos (°) son obligatorios

Correo electrónico: [farmacovigilancia@digemid.minsa.gob.pe](mailto:farmacovigilancia@digemid.minsa.gob.pe)

## INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 13: FORMATO NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Notifique aunque usted no tenga la certeza de que el medicamento u otro producto farmacéutico causó la reacción adversa. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar.
2. Notifique todas las sospechas de reacciones adversas conocidas, desconocidas, leves, moderadas y graves relacionadas con el uso de Productos Farmacéuticos (medicamentos, medicamentos herbarios, productos dietéticos y edulcorantes, productos biológicos, productos galénicos).
3. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
4. En caso de embarazo, indicar el número de semanas de gestación al momento de la reacción adversa.
5. Utilice un formato por paciente.
6. En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.
7. Las sospechas de reacciones adversas graves deben ser notificadas dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el caso, y si son leves o moderadas, en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas y deberán ser enviadas según el flujo de notificación de acuerdo a la Norma Técnica de Salud correspondiente.

### A. DATOS DEL PACIENTE

**Nombres o iniciales:** Registrar los nombres o iniciales del paciente.

**Edad:** Expresar en números e indicar si son días, meses o años. En caso de no contar con este dato se colocará el grupo etario.

Cuando se trate de anomalías congénitas informar la edad y sexo del hijo en el momento de la detección y la edad de la madre.

**Sexo:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.

**Peso:** Indicar el peso del paciente en Kg.

**Historia Clínica y/o DNI:** Si se conoce colocarlo.

**Establecimiento:** Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud, farmacia/botica u otra institución) donde se detecta la RAM.

**Diagnóstico principal o CIE 10:** Indicar la enfermedad de base del paciente (ejemplo: Cáncer, enfermedad de Alzheimer) o su respectivo código CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades).

### B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

El formato también puede ser utilizado para notificar errores de medicación, problemas de calidad, u otros (uso fuera de indicación autorizada, uso del medicamento u otro producto farmacéutico durante el embarazo o lactancia, sobredosis o exposición ocupacional) si están asociadas a sospechas de reacciones adversas.

**Reacción adversa:** Describa detalladamente la(s) reacción(es) adversa(s) incluyendo localización e intensidad y toda la información clínica relevante (estado clínico previo a la reacción adversa, signos y/o síntomas reportados, diagnóstico diferencial) para la reacción adversa. Si se modifica la dosis, registrar la nueva dosis administrada. Indicar el desenlace de la(s) reacción(es) adversa(s) y en el caso de un desenlace mortal especificar la causa de la muerte.

**Fecha de inicio de RAM:** Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual inició la reacción adversa.

**Fecha final de RAM:** Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual desaparece la reacción adversa.

En caso de existir más de una reacción adversa, escriba la fecha de inicio y final de cada una de ellas cuando describa la reacción adversa.

**Gravedad de la RAM:** Marcar con "X" la gravedad de la reacción adversa. La valoración de la gravedad se realiza a todo el caso notificado.

**Solo para RAM grave:** en el caso de una reacción adversa grave, marcar con una "X" la(s) opción(es) correspondiente(s).

**Desenlace:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.

Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas): Resultados de pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de la reacción adversa y, si está disponible, las concentraciones séricas del medicamento u otro producto farmacéutico antes y después de la reacción adversa (si corresponde).

**Otros datos importantes de la historia clínica:** Indicar condiciones médicas previas de importancia así como patologías concomitantes (ejemplo: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, disfunción renal/hepática, etc.) u otras condiciones en el paciente (ejemplo: Alergias, embarazo: número de semanas de gestación, consumo de tabaco, alcohol, etc.).

### C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S)

**Nombre comercial y genérico:** Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) indicado en el rotulado del medicamento u otro producto farmacéutico administrado incluyendo la concentración y forma farmacéutica (ejemplo: Amoxicilina 500mg tableta).

Si el medicamento u otro producto farmacéutico es genérico, no deje de mencionar el nombre del laboratorio fabricante.

**Laboratorio:** Colocar el nombre del laboratorio fabricante o del titular del registro sanitario.

**Lote:** Registrar las letras y/o números que indica el "lote" en el envase del producto.

**Dosis/frecuencia:** Indicar la dosis en cantidad y unidades de medida suministrada y los intervalos de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (por ejemplo: 20 mg cada 12 horas).

**Vía de administración:** Describa la vía de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (ejemplo: VO, IM, IV).

**Fecha inicio y final:** Indicar la fecha (día/mes/año) en que inició y finalizó o se suspendió el tratamiento con el medicamento u otro producto farmacéutico. En caso que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".

**Motivo de prescripción o CIE 10:** Describa el motivo o indicación por el cual el medicamento u otro producto farmacéutico fue prescrito o usado en el paciente o su respectivo código CIE 10.

**Para conocer el efecto de la suspensión y reexposición:** Marcar con una "X" la opción que corresponda.

**El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa:** Indicar si la reacción adversa requirió tratamiento (farmacológico, quirúrgico, etc.) y de ser positivo, especificar el tratamiento.

**En caso de sospecha de problemas de calidad:** Completar la información solicitada.

En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote.

### D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES

Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) de los medicamentos u otros productos farmacéuticos prescritos o automedicados utilizados en los 3 últimos meses antes de la aparición de la reacción adversa. Excluir los medicamentos u otros productos farmacéuticos usados para tratar la reacción adversa. En el caso de anomalías congénitas, indicar todos los medicamentos u otros productos farmacéuticos utilizados hasta un mes antes de la gestación. En caso de que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".

### E. DATOS DEL NOTIFICADOR

**Nombres y apellidos, profesión, teléfono, correo electrónico (de contacto de la persona):** Su objetivo es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.

**Fecha de notificación:** Indicar la fecha (día/mes/año) en que se completó el formato.

**N° notificación:** Este casillero será para uso exclusivo del Centro de Referencia Regional o Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.