



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

eReporting – Profesional de la salud

¿Cómo notificar un ESAVI o una SRAM por eReporting?

Ingrese al siguiente link:

<https://primaryreporting.who-umc.org/PE>

Aceptar términos y condiciones:

Reporte primario

Bienvenido al Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Acepto los términos y condiciones

[Ver los términos y condiciones](#)

Seleccionar notificación de Profesional sanitario:

Notificación de usuario del medicamento/paciente

Notificación de profesional sanitario



ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a la vacunación o Inmunización
SRAM: Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos

Completar la información del usuario, priorizando los campos obligatorios (*)

1

- De acuerdo al ejemplo, completar la información del usuario solicitada.
- El campo de “Edad al comienzo de la reacción” permite desplegar las opciones: Año, mes, semana, día y hora.
- El campo “País donde comenzaron las reacciones” no debe ser modificada.

Usuario del medicamento

Iniciales*
ATB

Sexo*
 Masculino Femenino Desconocido

Peso
72 kg

Fecha de nacimiento
1 / 4 / 1992

Es obligatorio llenar "Fecha de nacimiento" ó "Edad al comienzo de la reacción"

Edad al comienzo de la reacción*
32 Año

Es obligatorio llenar "Fecha de nacimiento" ó "Edad al comienzo de la reacción"

País donde comenzaron las reacciones
Peru

Esto es importante en caso de que el entorno pudiera estar relacionado con la reacción o síntoma.

[Siguiente sección](#)

2

- De acuerdo al ejemplo, completar la descripción de lo sucedido SRAM y los campos solicitados.
- En caso de observar consecuencias por la SRA, seleccionar la opción correspondiente.
- Si existe otra SRAM, seleccionar la opción indicada en la parte inferior y completar.

Describe lo sucedido
Describe con sus propias palabras los síntomas o reacciones que sospeche hayan sido causados por la medicación y lo sucedido posteriormente.

Descripción de lo sucedido
INCLUIR DESCRIPCIÓN DE LO SUCEDIDO DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO/VACUNA, EN EL HOSPITAL "XXXXX". SE ADMINISTRÓ MEDICAMENTO "YYYY" PARA TRATAR LA REACCIÓN ADVERSA, Y SE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN

Reacción(es)/Síntoma(s)
Describe cada reacción con sus propias palabras. Presione el botón "Agregar otra reacción / síntoma" para agregar otros eventos que necesite describir.

Reacción/Síntoma*
EDEMA PALPEBRAL

Fecha de comienzo de la reacción*
22 / 03 / 2024

Por favor ingrese información lo más completa posible

Fecha de finalización de la reacción
24 / 03 / 2024

Por favor ingrese información lo más completa posible

Duración de la reacción
2 Día

Estado actual de la reacción / síntoma*
Recuperada/Resuelta

¿La reacción produjo alguna de las siguientes consecuencias?

Seleccione las casillas que apliquen o deje en blanco

Causó muerte Causó/prolongó hospitalización Causó Malformación congénita
 Amenaza la vida Causó discapacidad Causó otra condición médica importante

[Agregar otra reacción/síntoma](#)

[Sección anterior](#) [Siguiente sección](#)

3

- Completar la información correspondiente a los datos del medicamento administrado.
- Si considera que el medicamento descrito probablemente causó la SRAM, seleccionar la casilla correspondiente.
- Es importante ingresar la concentración del medicamento administrado, así como la indicación para la cual fue prescrito.
- Si se administró otro medicamento, seleccionar la opción indicada en la parte inferior y agregar la

Medicamentos

Nombre del medicamento *

captopril

Nombre completo del medicamento (como se muestra en el empaque)

Éste medicamento es probablemente el causante de la reacción
No seleccione la casilla si no cree que éste medicamento es el que probablemente causó la reacción

Compañía farmacéutica productora/distribuidora del medicamento

Laboratorio ABCD

Nombre de la compañía farmacéutica productora/distribuidora como se muestra en el empaque

Número de lote

ABCD2024

Concentración

50 mg

Igual a la declarada en el empaque. Por ejemplo: 50 mg, 10 mg/ml

Dosis *

1 comprimido 2 veces al día

¿Cuánto tomó de este medicamento? Por ejemplo: 2 comprimidos 3 veces al día

Vía de administración del medicamento *

Oral

Fecha de comienzo de la administración del medicamento *

16 03 2024

Por favor ingrese información lo más completa posible

Fecha de fin de la administración del medicamento *

22 03 2024

Deje este campo en blanco si aún se consume el medicamento

Duración de la administración del medicamento

6 Día

Indicación de la administración del medicamento

Hipertensión arterial

Indicación del medicamento (Por ejemplo: diabetes, dolor de cabeza)

Acción tomada con el medicamento

Medicamento retirado

Agregar otro medicamento

Siguiente sección

4

- De acuerdo al ejemplo, completar en caso se disponga de información adicional. Por ejemplo: Antecedentes de enfermedades previas o hábitos que pudieran interferir con el efecto terapéutico de los medicamentos.

Información adicional

Por favor describa brevemente sus historial médico. Esto es importante dado que algunas reacciones pueden presentarse a causa o en combinación con enfermedades previas o actuales, consumo de otros medicamentos, dietas especiales, consumo de drogas, hábitos tabáquicos, ingesta de alcohol o alergias. Puede incluir también otros comentarios que considere sean relevantes.

Enfermedades previas o actuales

Sin enfermedades previas conocidas

Comentarios adicionales

IMC = 28 y fumador

Siguiente sección

5

- De acuerdo al ejemplo, completar la información solicitada del contacto o notificador.
- Esta información es importante en caso se requiera establecer contacto con el notificador para ampliar algunos datos adicionales.

Información de contacto

Profesión *

Farmacéutico

Nombre (s) *

Juan

Apellido (s) *

Pérez

Establecimiento de Salud *

Farmacia de la comunidad

correo electrónico *

juan.perez@gmail.com

Teléfono *

987654321

Siguiente sección

6

- Esta sección muestra un resumen del reporte para verificar la información ingresada. En caso se deba modificar algún dato seleccionar la opción "Editar reporte" en la parte final de la página.
- En caso la información se encuentre conforme, seleccionar la opción "Enviar reporte".

Resumen del reporte

Este es el resumen de su reporte. Por favor verifique que la información mostrada es correcta. Utilice el botón "Editar reporte" (situado al final del resumen) para modificar su reporte, o presione el botón "Enviar reporte" para enviar su notificación a la autoridad correspondiente.

Enviar reporte

Usuario del medicamento

Reacción(es)/Síntoma(s)

Descripción de lo sucedido

Medicamentos

Información adicional

Información de contacto

Editar reporte

Enviar reporte

Finalmente, se observará un mensaje de agradecimiento y la opción de descargar el reporte enviado

El reporte se ha enviado correctamente

¡Gracias por enviar su reporte!

Identificador del reporte: 01-111-222-333

Descargar el reporte



Las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos contribuyen a:

- Vigilar la seguridad de los medicamentos y vacunas
- Adoptar acciones orientadas a la [actualización de la información de seguridad](#) de los productos farmacéuticos a nivel nacional.
- La emisión de [alertas de seguridad](#) para informar a los profesionales de la salud y al público en general.
- Comunicar los resultados de la [identificación de señales](#) en farmacovigilancia.
- Elaborar informes para comunicar los [ESAVI](#) enviados al Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia (CENAFyT).