

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA
NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS (RAM)

CÓDIGO°	Fecha: AÑO...../MES...../DÍA	REGISTRO VIGIFLOW N°	Fecha: AÑO...../MES...../DÍA.....
---------------	------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

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 DESCRIPCION DE LA REACCION 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. MEDICAMENTO(S) ANTITUBERCULOSO(S) QUE RECIBE EL PACIENTE					
Medicamento antituberculoso	Dosis en mg por día	N° de tab/amp recibidos por día	Medicamento Sospechoso de la RAM (Marcar con X)	Fecha inicio	Fecha término
Isoniazida					
Rifampicina					
Pirazinamida					
Etambutol					
Estreptomina					
Kanamicina					
Capreomicina					
Amikacina					
Ciprofloxacino					
Levofloxacino					
Moxifloxacino					
Etionamida					
Cicloserina					
PAS					
Amoxicilina y Ac. clavulánico					
E. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES (excluir medicamentos para tratar la RAM)					
Nombre	Dosis	Fecha inicio	Fecha de término	Motivo de prescripción	
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. Alcohólico ()	9. Tabaquismo ()	14. Desnutrición ()			
5. Hepatopatía aguda ()	10. Asma ()	15. Otros (Especificar).....			
G. MANEJO DE RAM					
Suspendió todos los medicamentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Suspendió solo el(los) medicamento(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					
Tratamiento para la RAM <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:					
H. OBSERVACIONES ADICIONALES (mencionar medicamento sospechoso de RAM identificado y hecho importante relacionado a la RAM y/o su manejo)					
I. DATOS DEL MÉDICO NOTIFICADOR					
Nombres: Teléfono: Correo electrónico:					
Fecha de notificación: ____/____/____ Firma, sello y CMP:					

CENTRO REFERENCIA REGIONAL Junín	NOTIFICACIÓN N°	Recibida en FCVG- DEMID, el ____/____/____
Se recibe con el Doc. N° del ____/____/____ Estab. Salud:		
DIRESA JUNIN: Julio C. Tello N° 488 – El Tambo Huancayo. Tef: 064 481270 Anexo 210 junindiresa.crr.urm.fyt@gmail.com		

**INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A
MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS (RAM)**

Notifique aunque Ud. 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 ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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 o de la dirección regional de salud a la que pertenece el establecimiento de salud.

B. DATOS DEL PACIENTE

Nombre(s) y apellidos: Registrar los nombres y apellidos del paciente.

DNI: Anotar el número de DNI.

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 y M= Masculino.

Peso: Expresar en Kg

C. TIPO Y DESCRIPCIÓN DE LA REACCION 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 reacción adversa.

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. MEDICAMENTO(S) ANTITUBERCULOSO(S) QUE RECIBE EL PACIENTE

Anotar la dosis en mg por día, número de tabletas/ampollas recibidos por día, fecha inicio y fecha término del medicamento antituberculoso.

Marcar con una (X) el medicamento antituberculoso 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 inicio, fecha término y motivo de prescripción. Excluir los medicamentos usados para tratar la RAM.

F. ENFERMEDADES O CONDICIONES PATOLÓGICAS CONCOMITANTES

Marcar con una "X" según corresponda.

G. MANEJO DE RAM

Marcar con (X) según corresponda.

H. OBSERVACIONES ADICIONALES

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

I. DATOS DEL MÉDICO 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° CMP.