

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE REPORTES DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

Nº de Reporte

Será llenada por CENAF.

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre del Establecimiento.

Se colocara el nombre en mayúsculas.

2. Dirección

3. Teléfono

4. Dirección de Salud

5. Departamento

6. Provincia

7. Distrito

II. DATOS DEL NOTIFICADOR

Marcar con un (X) según corresponda al notificador.

1. Apellidos y Nombre

Se coloca las iniciales de los apellidos y nombres en Mayúsculas

2. Teléfono

3. E-mail

4. Fecha de la notificación (dd/mm/aa)

III. DATOS DEL PACIENTE

1. Apellidos y Nombre

Se coloca las iniciales de los apellidos y nombres en Mayúsculas. Ej: Juana María Pérez García, las iniciales a colocar es **PGJM**.

REG.TB :

REG.TB MDR :

Se coloca el Nº de registro que le corresponde en el libro de seguimiento de pacientes.

2. Nº de Historia Clínica

3. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)

4. Edad del paciente

Los dígitos corresponden a la edad del paciente. Se expresara según corresponda en: años = **A**, meses = **M** y días = **D**
Ej.

13 meses	se codifica	13 M
22 años	se codifica	22 A

5. Peso

El peso del paciente se expresara en Kg, ej. 45 Kg.

6. Talla

Talla del paciente se expresara en cm. ej. 165 cm.

7. Superficie corporal(SC)

La superficie corporal del paciente se expresara en m² (se anotará la SC cuando el

cálculo de la dosis del medicamento exige mayor exactitud posible.

8. Raza

Marcar según corresponda al paciente

9. Sexo

Marcar según corresponda al paciente

10. Embarazo

Especificar el tiempo de embarazo

11. Fecha última de menstruación(dd/mm/aa)

12. Dirección y/o referencia del paciente

IV Reacción adversa al medicamento (RAM) antituberculoso

1. RAM

2. Describir la RAM

3. Fecha de inicio “dd/mm/aa”

Sirve para detallar la fecha en que se inició la RAM.

4. Fecha Final (dd/mm/aa)

Sirve para detallar la fecha final de la RAM. Colocar “**Continúa**” si la RAM continúa en el momento de la notificación.

5. Exámenes auxiliares relevantes

Ej. Pruebas de laboratorio, biopsia,

V. Antituberculosos administrados al paciente

1. Nombre Comercial o genérico

Escribir los medicamentos del esquema de tratamiento administrados y en la columna de sospecha marcar con una “**S**” el o los medicamento(s) sospechoso(s) de producir la RAM.

2. Fecha de inicio “dd/mm/aa”

Fecha en que se inicia el tratamiento con el o los medicamentos.

3. Fecha Final (dd/mm/aa)

Fecha final del tratamiento con el o los medicamentos y si continúa colocar “**Continúa**”

4. Dosis

Colocar la cantidad, unidad y frecuencia de la dosis administrada según corresponda

Ej: Rifampicina 600mg c/24h

Cantidad: 600 **Unidad :** mg **Frecuencia :** D

C = Cíclica (Ej. anticonceptivos)

D = Diaria

W = Semanal

M = Mensual

Y = Anual

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE REPORTES DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

N = Ocasional
T = Total
1 – 9 = Número de veces administrado

5. Vías de administración

Colocar la vía de administración del medicamento según corresponda:

ORAL (PER ORAL) =PO
INTRAMUSCULAR =IM
INTRAVENOSA =IV

CONJUNTIVAL=**CO**
 DENTAL=**DE**
 EPIDURAL=**ED**
 IMPLAN=**MP**
 INHALACION=**IH**
 INSUFLACION=**IS**
 INTRAARTERIAL=**IA**
 INTRAARTICULAR=**IR**
 BUCAL=**BU**
 OTICA(INTRAAURAL=**AU**
 INTRACARDIACA=**IC**
 INTRACAVERNOSA=**CA**
 INTRADERMICA=**ID**
 INTRANASAL=**IN**
 INTRAOCULAR=**IO**
 INTRAPERITONEAL=**IP**
 INTRAPLEURAL=**IL**
 INTRATRAQUEAL=**IT**
 INTRAUTERINA=**IU**
 INTRAVESICAL=**IB**
 RECTAL (PER ECTUM)=**PR**
 SUBCUTANEA=**SC**
 SUBLINGUAL=**SL**
 SISTEMICA (Vía no especificada) = **SY**
 TRASDERMICA=**TD**
 TRASMAMARIA=**TM**
 URETRAL=**UR**
 VAGINAL=**VA**

6. Fabricante

Colocar el nombre del laboratorio fabricante

7. País

Colocar el país del laboratorio fabricante

8. Lote

VI. Medicamentos concomitantes y relevantes administrados al paciente en los últimos tres meses incluyendo automedicación

1. Nombre Comercial o Genérico

Escribir los medicamentos administrados y en la columna de sospecha marcar con una “**S**” el o los medicamento(s) sospechoso(s) de producir la RAM.

2. Fecha de inicio “dd/mm/aa”

Anotar la fecha en que se inicia el tratamiento con el o los medicamentos.

3. Fecha Final (dd/mm/aa)

Anotar la fecha final del tratamiento con el o los medicamentos y si continúa colocar “**Continúa**”

4. Dosis

Colocar la cantidad, unidad y frecuencia de la dosis administrada según corresponda como lo indicado en **item V, N° 4**

5. Vías de administración

Colocar la vía de administración del medicamento según corresponda como lo indicado en **item V, N° 5**

6. Fabricante

Colocar el nombre del laboratorio fabricante

7. País

Colocar el país del laboratorio fabricante

8. Lote

9. Indicación Terapéutica

Colocar la Indicación terapéutica para la administración del medicamento

VII. Diagnóstico al momento de la prescripción

Diagnóstico de la enfermedad al momento de la prescripción del o los medicamentos utilizados en el tratamiento de la tuberculosis.

VIII. Otras enfermedades concomitantes al momento de la RAM

Marcar según corresponda al paciente.

IX. Evolución

Marcar según corresponda al paciente.

X. Desenlace

Marcar según corresponda al paciente.

XI. Observaciones Adicionales Relevantes

Se enunciara cualquier dato relevante para la evaluación de causalidad medicamento- RAM .

NOTA:

- Toda la información solicitada es muy importante por lo que ningún espacio debe quedar en blanco, de no tener la información disponible al momento del reporte se debe colocar “**SI**”(significa sin información)
- No deje de notificar por desconocer una parte de la información que se necesita.