



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**Dirección General de la Salud**  
**Sistema Nacional de Farmacovigilancia**  
**Notificación de Sospecha de Reacción Adversa**  
**Confidencial**

Logo del nodo

Si sospecha que una reacción adversa puede estar relacionada con un medicamento o una combinación de medicamentos o hierbas medicinales, por favor complete esta hoja

**No deje de reportar por desconocer parte de la información requerida**

Fecha de notificación: Montevideo  Interior  Departamento: Zona rural  Zona urbana

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre Sexo: M F Peso (Kg)  Embarazo. Indicar semanas de gestación:  Lactancia  
Apellido Edad N° Identificación del paciente (C.I.): Teléfono:

**MEDICAMENTO(S) RELACIONADO (S) CON LA REACCION ADVERSA**

Nombre Comercial	Motivo de la indicación	Vía	Dosis	Intervalo (hs)	Fecha inicio	Fecha Finalización	N° Lote - Fecha vencimiento

**REACCION(ES) ADVERSA(S) SOSPECHADA(S)**

Por favor describa la(s) reacción(es) y cualquier tratamiento administrado

**Evolución del evento adverso**

- Recuperado
- En recuperación
- Continúa igual
- Otros:

Fecha de inicio: Fecha de finalización:

¿Considera que la reacción es ? grave ? SI NO

Si la considera grave, por favor señale por qué (marque todos los items que considere):

- Muerte
- Prolongó la hospitalización
- Riesgo vital
- Incapacidad persistente o significativa
- Alteración congénita
- Otras que considere clínicamente significativas (especifique):
- Determinó hospitalización

Por favor enumere otros medicamentos administrados en los últimos tres meses previos a la reacción (incluyendo los automedicados y productos herbarios).

¿Recibía el paciente otra medicación?: SI NO

Si la recibía complete los siguientes items (si los conoce):

Nombre Comercial	Motivo prescripción	Vía	Dosis	Intervalo (hs)		Fecha de inicio	Fecha de finalización

**INFORMACION ADICIONAL RELEVANTE.** Por ejemplo historia clínica, estudios paraclínicos, alergias, reexposición al medicamento (si se realizó), s  
sospecha de interacción medicamentosa.

**DATOS DE QUIEN REPORTA**

**Datos del médico (si los conoce y no es el que reporta):**

Nombre y dirección de lugar de trabajo

Nombre y dirección profesional

Teléfono

Número de teléfono

E- mail

Especialidad

Profesión

Si usted desea información acerca de otras reacciones adversas

Firma y fecha

asociadas con el (los) medicamentos sospechados por favor marque aquí

Unidad de Farmacovigilancia-Departamento de Medicamentos, MSP, e-mail: [farmacovigilancia@msp.gub.uy](mailto:farmacovigilancia@msp.gub.uy)

telefax: 402 8032

Centro Coordinador de Farmacovigilancia, Hospital de Clínicas, Tel 1722