Envíe este reporteal correo electrónico cenavif.ea@inhrr.gob.ve. Los campos resaltados en **color verde** requieren llenado obligatorio.

|  |
| --- |
| **1. INFORMACIÓN DEL REPORTE** |
| **ID mundial** |       | **ID local** |       | **Fecha de elaboración del reporte** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Fecha de primera recepción del reporte** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Tipo de reporte** | Elija un elemento. | Nombre del estudio u otro:      | Oficio y fecha de aprobación:      |
|  | Identificación de la literatura:       |
| Gravedad: | Elija un elemento. | Razón de gravedad: | **[ ]** Causó/Prolongó hospitalización **[ ]**  Discapacidad **[ ]** Malformación congénita  | **[ ]**  Muerte**[ ]** Otra condición médica importante**[ ]** Amenaza de vida | Reporte internacional | Elija un elemento. | País de ocurrencia:      |
| ¿El reporte fue confirmado médicamente? Elija un elemento. | **Reporte** Elija un elemento. | ¿Fue notificado este evento a otro centro de farmacovigilancia? Elija un elemento. Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.       Organización        |
|  |  |  |
| **2. INFORMACIÓN DEL REMITENTE** |  | **3. INFORMACIÓN DE LA FUENTE PRIMARIA** |
| **Nombre de la organización**      | Departamento      | Nombre y apellido      |  | Nombre y Apellido      | **Tipo**Elija un elemento. |
| Dirección:       | **Teléfono**      | **Correo electrónico**      |  | Dirección       |
|  |  |  |
| **4. INFORMACIÓN DEL PACIENTE** |
| **Iniciales del paciente** |      | Sexo  Elija un elemento. | **Fecha de nacimiento:** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **o** | **Edad al momento del evento** |     | Peso (Kg) |     | Talla (cm) |     |
| Fecha de muerte | Haga clic aquí para escribir una fecha.        | Diagnóstico de muerte |       | Resultado de autopsia |       |
| Otra información de importancia:  |  | Describa o especifique su selección con fecha de diagnóstico u otra información relevante      |
| [ ] Alteraciones hepáticas [ ] Alteraciones renales [ ] Desnutrición [ ] Obesidad[ ] Deshidratación. | [ ] Cirugía[ ] Alergias[ ] Antecedentes familiares[ ] Quemaduras[ ] Enfermedad gastrointestinal | [ ] Embarazo[ ] Edema [ ] Tabaquismo[ ] Alcoholismo[ ] Otro |  |

|  |
| --- |
| **5. INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO ADVERSO: [ ]** Evento adverso **[ ]**  Falta de eficacia |
| **Evento adverso** |       |       |       |       |       |       |
| **Fecha de comienzo** | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       |
| Fecha de finalización  | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       |
| Duración  |       |       |       |       |       |       |
| **Desenlace**  | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| **CASO NARRATIVO****:**       |
| **INFORMACIÓN DEL SEGUIMIENTO:**  |
|  |
| **6.INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO** |
| **Nombre comercial** | Concentración | Dosis | Vía de administración | **Fecha de comienzo**  | Fecha de fin  | Indicación | Duración | Tipo | **Acción tomada**  | Lugar de adquisición |
|       |       |       |       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       |       |       | (S) | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       |       |       |       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       |       |       | (S) | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       |       |       |       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       |       |       | (S) | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       |       |       |       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       |       |       | (S) | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       |       |       |       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       |       |       | (S) | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       |       |       |       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       | Haga clic aquí para escribir una fecha.       |       |       | (S) | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| **Si se suspendió o redujo la dosis del medicamento sospechoso ¿El evento adverso disminuyó o desapareció?** Elija un elemento. | **Información sobre la re-exposición:** Elija un elemento. | **¿El medicamento ha producido una reacción similar anteriormente?** Elija un elemento. |
| **Información adicional:**  |

|  |
| --- |
| **7. ANÁLISIS DE CAUSALIDAD** |
| **7.1 Eventos Adversos** |
| **Evento adverso →****Medicamento ↓** |       |       |       |       |       |       |
|       | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|       | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |