

BOLETA DE NOTIFICACION ESPONTANEA DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS

- Notifique **todas** las sospechas de reacciones adversas a medicamentos, o visite el siguiente link para notificar: <https://noti2.notificacentroamerica.net>
- Notifique el/los medicamento(s) que considere **más sospechoso(s)** de haber producido la reacción adversa. Si necesita de más espacio para completar la información, utilice la **Sección 6. Información adicional**, en la parte trasera de esta hoja. Notifique los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.
- Su **notificación** es muy importante para el **Programa Nacional de Farmacovigilancia**, porque permite recoger y elaborar información sobre **eficacia, efectividad clínica, reacciones adversas, calidad y seguridad** de los medicamentos.

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA BOLETA SON CONFIDENCIALES

1. Datos del paciente

1.1 Nombre o iniciales	1.2. Edad	_____ Años _____ Meses	1.3. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	1.4. Peso	_____ Kg _____ lbs
------------------------	-----------	---------------------------	-----------	---	-----------	-----------------------

1.5. Historia médica

<input type="checkbox"/> Alergias: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Embarazo (_____ meses)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol	<input type="checkbox"/> Infección bacteriana
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Infección viral
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Otro: _____

1.6. Desenlace o estado

<input type="checkbox"/> Ingresado al hospital	<input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas
<input type="checkbox"/> Prolongada hospitalización	<input type="checkbox"/> No grave
<input type="checkbox"/> Recuperado	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> En recuperación	<input type="checkbox"/> Muerte (fecha: _____)
<input type="checkbox"/> No recuperado	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Incapacidad	

2. Datos del medicamento

2.1. Nombre comercial o genérico del medicamento	2.2. ¿Dónde se obtuvo?	2.3. No. Lote	2.4. Dosis y vía de administración	2.5. Fecha		2.6. Indicación
				2.5.1. Inicio	2.5.2. Final	

3. Datos de la reacción adversa

3.1. Descripción detallada de la reacción adversa	3.2. Fecha de aparición de la reacción adversa		
	3.2.1. Inicio	3.2.2. Final	<input type="checkbox"/> N/A
	3.3. ¿Se suspendió el tratamiento?	3.4. ¿Desapareció la reacción adversa al suspender el tratamiento?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
	3.5. ¿Se continuó el tratamiento al desaparecer la reacción?	3.6. Si se continuó con el tratamiento, ¿apareció de nuevo la reacción adversa?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

4. Otros medicamentos (llenar si aplica)

4.1. Nombre comercial o genérico del medicamento	4.2. ¿Dónde se obtuvo?	4.3. No. Lote	4.4. Dosis y vía de administración	4.5. Fecha		4.6. Indicación
				4.5.1. Inicio	4.5.2. Final	

5. Datos del notificador

5.1. Nombre completo	5.2. Correo electrónico	5.3. Teléfono	5.4. Fecha
5.5. Profesión/Especialidad	5.6. Institución (hospital, centro de salud, etc.)		5.7. Departamento y/o Municipio



6. Información adicional



INSTRUCTIVO DE LLENADO

**PUEDE LLENAR LA BOLETA A MANO CON LETRA LEGIBLE O DE FORMA ELECTRONICA. NO DEJAR
ESPACIOS EN BLANCO, NO TACHONES NI CORRECCIONES.**

1. Datos del paciente

1.1. Nombre o iniciales	Colocar los nombres completos o iniciales del nombre del paciente.
1.2. Edad	Colocar en números los años y meses, o únicamente los años, del paciente. En caso de un recién nacido colocar los meses.
1.3. Sexo	Marcar la casilla correspondiente de acuerdo al sexo del paciente.
1.4. Peso	Colocar en números el peso del paciente en kilogramos o libras.
1.5. Historia médica	Marcar la (s) casillas (s) relacionadas al paciente. Si no se encuentra dentro de las opciones, favor de marcar la casilla otro y colocar el/los datos correspondientes. Si requiere de más espacio o posee resultados de laboratorio, puede utilizar la Sección 6 Información Adicional en la parte trasera de la boleta de notificación, se der posible, adjuntar copia de los resultados a la boleta.
1.6. Desenlace o estado	Marcar la casilla que corresponda al estado actual del paciente luego de haber presentado la reacción adversa. Si no se encuentra de las opciones, favor de marcar la casilla otro y colocar el dato que corresponda.

2. Datos del medicamento

2.1. Nombre comercial o genérico del medicamento	Colocar el nombre comercial (marca) o genérico (nombre del principio activo) del medicamento. En el primer cuadro de este apartado colocar el medicamento más sospechoso , luego colocar los otros que considere sospechoso. Si requiere de más espacio puede utilizar la sección 6 en la parte trasera de la boleta de notificación.
2.2. ¿Dónde se obtuvo?	Especificar el lugar donde se obtuvo o compró el medicamento: Farmacia, hospital, IGSS, tienda, internet, redes sociales, entre otros.
2.3. No. Lote	Colocar el número de lote que se encuentra en la caja de presentación del medicamento. Regularmente es el código que acompaña a la fecha de vencimiento.
2.4. Dosis y vía de administración	Indicar dosis (ej. 50 mg, 800 mg, 100 mg/5 ml, etc), vía de administración (ej. Oral, intravenosa, intramuscular, nasal, etc)
2.5. Fecha	En el numeral 2.5.1. Inicio la fecha que inició a utilizar el medicamento, en el apartado 2.5.2. Final fecha de la última vez que utilizó el medicamento.
2.6. Indicación	Colocar la razón o problema de salud por la que está usando el medicamento.

3. Datos de la reacción adversa

3.1. Descripción detallada de la reacción adversa	Describir la (s) reacción (es) adversa (s) al/los medicamento (s). Indicando cada aspecto relacionado a este, cómo inició, su desarrollo, cómo terminó. Si requiere de más espacio o posee resultados de laboratorio, puede utilizar la Sección 6 Información Adicional en la parte trasera de la boleta de notificación.
3.2. Fecha de aparición de la reacción adversa	En el numeral 3.2.1. Inicio la fecha en que inició la (s) reacción (es) adversa (s), en el numeral 3.2.2. Final la fecha en que desapareció la (s) reacción (es) adversa (s). Si el paciente aún tiene la reacción adversa al momento de emitir la boleta, colocar un N/A en el numeral 3.2.2. Final .
3.3. ¿Se suspendió el tratamiento?	Marcar la casilla que corresponde de acuerdo a la pregunta.
3.4. Si es así, ¿Desapareció la reacción adversa al suspender el tratamiento?	De acuerdo a la respuesta de la pregunta anterior, marcar la casilla que corresponde a la pregunta.
3.5. ¿Se continuó el tratamiento al desaparecer la reacción?	Marcar la casilla que corresponde de acuerdo a la pregunta.
3.6. Si es así, Si se continuó con el tratamiento, ¿apareció de nuevo la reacción adversa?	De acuerdo a la respuesta de la pregunta anterior, marcar la casilla correspondiente

4. Otros medicamentos

4.1. Nombre comercial o genérico del medicamento	Colocar el/los nombres (s) de el/los medicamento (s) que se hayan estado administrando junto al medicamento indicado por el médico o profesional de la salud.
4.2. ¿Dónde se obtuvo?	Especificar el lugar donde se obtuvo o compró el medicamento: Farmacia, hospital, IGSS, tienda, internet, redes sociales, entre otros.
4.3. No. Lote	Colocar el número de lote que se encuentra en la caja de presentación del medicamento o blíster. Ejemplo: Lot: FE2456.
4.4. Dosis y vía de administración	Indicar dosis (ej. 50 mg, 800 mg, 100 mg/5 ml), vía de administración (ej. Oral, intravenosa, intramuscular, nasal) y frecuencia (ej. Una vez al día, dos veces al día, tres veces al día) indicada por el médico o profesional de la salud.



BOLETA DE NOTIFICACION ESPONTANEA DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS

4.5. Fecha	En el numeral 5.1. Inicio la fecha que inició a utilizar el medicamento, en el apartado 5.2. Final fecha de la última vez que utilizó el medicamento.
4.6. Indicación	Colocar la razón o enfermedad por la que indicaron el medicamento.
5. Datos del notificador	
5.1. Nombre	Colocar nombre completo o iniciales del notificador.
5.2. Correo	Dirección del correo electrónico del notificador. En caso de no tener un correo personal, colocar el correo electrónico de la institución donde labora.
5.3. Teléfono	Número de teléfono del notificador.
5.4. Fecha	Fecha en que se realizó la notificación.
5.5. Profesión/Especialidad	Indicar la profesión o especialidad, si es MÉDICO, QUÍMICO FARMACÉUTICO, ENFERMERO, dependiente de farmacia. En caso de no tener una profesión o especialidad, colocar un N/A en la respectiva sección.
5.6. Institución (hospital, centro de salud, etc.)	Llenar solo si aplica
5.7. Departamento y/o Municipio	Nombre del Departamento y/o Municipio de Guatemala en que se realizó la notificación.
6. Información adicional	
6.1. Espacio en blanco	En esta sección colocar información adicional. Ejemplo. Fotos, resultados de laboratorio, entre otros. Para complementar información dada en la primera hoja de la boleta. En caso de reportar otros problemas relacionados a medicamentos se debe utilizar esta sección.