****

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**Programa Nacional de Farmacovigilancia**

**ANEXO I**

**F-FV-c-02**

**V 02-2021**

**BOLETA DE NOTIFICACION ESPONTANEA DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (Hoja Amarilla)**

1. Notifique todas las sospechas de reacciones adversas a fármacos.
2. Notifique en la primera línea el fármaco que considere **más sospechoso** de haber producido la reacción, o bien ponga un asterisco junto al nombre dé los medicamentos si cree que hay más de uno.
3. Notifique todos lo demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.
4. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
5. Su notificación es muy importante para el Programa Nacional de Farmacovigilancia ya que permite recoger y elaborar la información sobre eficacia y efectividad clínicas; reacciones adversar, conveniencia y seguridad de los medicamentos.
6. Debido a la importancia de los datos que se consignan en esta boleta se solicita llenar con letra clara y legible.

**LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA BOLETA SON CONFIDENCIALES**

Nombre y apellido del Paciente:

Género: Masculino Femenino

No. de expediente clínico: Diagnóstico:

Edad: Peso (lbs): Altura (m):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO(S) (véase Nota 2) (Indique el nombre genérico y/o comercial)** | **Dosis diaria y vía de administración** | **Fecha** **Inicial Final** | **Motivo de la Prescripción** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Laboratorio Fabricante:

Número de Lote: No. Registro Sanitario: Fecha de Vencimiento:

**OBSERVACIONES:**

Tipo de Evento

 Reacción Adversa al medicamento Otro relacionado con el producto. **Especifique**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Falta de Eficacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REACCIONES** | **Fecha** **Inicial Final** | **Desenlace (Recuperado, secuelas, muerte, etc.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**OBSERVACIONES ADICIONALES:**

Nombre y Apellidos:

Centro de Trabajo: Profesión/Especialidad:

Email: Teléfono de contacto: Fecha:

 **farmacovigilanciadrcpfa@mspas.gob.gt- https://medicamentos.mspas.gob.gt**

**INFORMACION SOBRE MEDICAMENTOS**

**DATOS DEL PACIENTE**

**DATOS DEL NOTIFICADOR**