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. |