

Programa Nacional de Farmacovigilancia INVIMA

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Una **reacción adversa a medicamento, RAM** (*adverse drug reaction, ADR*) es una respuesta a un medicamento que es inesperada, no intencional y que ocurre a dosis terapéuticas de los medicamentos usados en profilaxis, diagnóstico o terapia de enfermedad, o para lograr modificaciones de funciones fisiológicas¹...

La **farmacovigilancia** (pharmacovigilance, drug surveillance) es la actividad de las ciencias de salud que permite recolectar información, analizar, tomar decisiones y difundir información sobre reacciones adversas a medicamentos²...

El **INVIMA** (www.invima.gov.co) es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, y es el ente encargado de realizar dicha actividad³...

Ayúdenos mediante su detección y su reporte oportuno a que los medicamentos y las prescripciones sean de mejor calidad y más seguros cada día. **¡Mañana, usted podría necesitar medicamentos y presentar una reacción adversa!**

Referencias

1. World Health Organization. Technical Report Nr. 498. Geneva: The organization; 1972.
2. Strom B. Pharmacoepidemiology. 2nd. ed. New York: John Wiley & Sons; 1994.
3. Decreto sobre funciones del Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA - Decreto 1290 de 1994 (Jun 22).

REPORTE DE EVENTOS ORIGEN ADVERSOS A MEDICAMENTOS		No. de ORÍGEN		INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA	
I INFORMACION DE LA REACCION					
1 PACIENTE (INDICAR SI FEMEA)	1a. PAIS Localidad	2 NACIMIENTO Día Mes Año	3a. EDAD Años	3 SEXO	4 EFICACIA DE LA REACCION Día Mes Año
7 13 DESCRIBA LA REACCION (Incluya resultados de laboratorio relevantes)					8 12 Señale LA REACCION ADVERSA APLICADA <input type="checkbox"/> FALTO DE RESPUESTA <input type="checkbox"/> PACIENTE MORIBUNDO <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> PARTO PRE-TERMINO <input type="checkbox"/> MALFORMACION CONGENITA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION O PROLONGACION DE LA ESTADIA <input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD O DISCAPACIDAD SIGNIFICATIVA O PERMANENTE <input type="checkbox"/> AMENAZA LA VIDA
II INFORMACION SOBRE EL (LOS) MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)					
14 MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S) (Indique nombre genérico y comercial)			20 LA REACCION DESARROLLADA SUSPENDIENDO EL MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICABLE		
15 Dosis (unidades)		16 VÍAS DE ADMINISTRACION		21 SE APRECIO LA REACCION DESPUES DE REINICIAR EL MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICABLE	
17 INDICACIONES PARA USO			18 FECHAS DE LA TERAPIA (Semana(s))		
19 DURACION DE LA TERAPIA			III HISTORIA Y MEDICAMENTOS CONCOMITANTES		
22 MEDICAMENTO(S) CONCOMITANTE(S) (FECHAS DE ADMINISTRACION y indique la entidad para donde se necesite) y DURACION					
23 OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES (p.e. diagnósticos, alergias, embarazo, consumo de alcohol, otros)					
IV INFORMACION DEL PRODUCTOR					
24 NOMBRE Y DIRECCION DEL PRODUCTOR			25 COMENTARIOS		
26a. CI, No	24b P. SANTAFÉ				
26c y FECHA DE RECEPCION POR PRODUCTOR	26e FUENTE REPORTE: <input type="checkbox"/> ESTUDIO <input type="checkbox"/> LABORATORIA <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SALUD <input type="checkbox"/> OTROS				
26d No. de Reporte	26f TIPO DE REPORTE: <input type="checkbox"/> PASAJE <input type="checkbox"/> INCAL <input type="checkbox"/> SEGURIDAD		26g PERSONA: Físico/a Profesional		

Formulario - Reporte de Eventos Origen Adversos a Medicamentos.