

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		HC ORIGEN		MINISTERIO DE SALUD INVIMA INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS	
I INFORMACION DE LA REACCION					
1 PACIENTE (nombres) Raza	1a. PHS Localidad	2 NACIMIENTO Día Mes Año	2a. EDAD Años	3 SEXO	4-6 INICIO DE REACCION Día Mes Año
7-13 DESCRIBA LA REACCION (incluya resultados de laboratorio relevantes)					8-12 SEÑALE LA REACCIÓN ADVERSA APROPIADA <input type="checkbox"/> FALLO TERAPEUTICO <input type="checkbox"/> PACIENTE MURIO <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> PARTO PRETERMINO <input type="checkbox"/> MALFORMACION CONGENITA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION O PRORROGA DE LA MISMA <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD O DISCAPACIDAD SIGNIFICATIVA O PERMANENTE <input type="checkbox"/> AMENAZA LA VIDA
II INFORMACION SOBRE EL (LOS) MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)					
14 MEDICAMENTOS SOSPECHOSO(S) (incluya nombre genérico y comercial)			20 LA REACCION DESAPARECIO AL SUSPENDER EL MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICABLE		
15 DOSIS DIARIAS		16 VIAS DE ADMINISTRACION		21 REAPARECIO LA REACCION DESPUES DE REINICIAR EL MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICABLE	
17 INDICACION(ES) PARA USO					
18 FECHAS DE LA TERAPIA (desde/hasta)		19 DURACION DE LA TERAPIA			
III HISTORIA Y MEDICAMENTOS CONCOMITANTES					
22 MEDICAMENTO(S) CONCOMITANTE(S) FECHAS DE ADMINISTRACION (incluya los usados para tratar la reaccion) Y DURACION					
23 OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES (p.e. diagnósticos, alergias, embarazo con último periodo, otros)					
IV INFORMACION DEL PRODUCTOR					
24 NOMBRE Y DIRECCION DEL PRODUCTOR			COMENTARIOS		
24a LOTE No.	24b R. SANITARIO				
24c FECHA DE RECEPCION POR PRODUCTOR	24d FUENTE REPORTE <input type="checkbox"/> ESTUDIO <input type="checkbox"/> LITERATURA <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SALUD <input type="checkbox"/> OTROS				
FECHA DEL REPORTE	25 TIPO DE REPORTE <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO	REPORTANTE Dirección Profesión	Tel		

Formulario - Reporte de Eventos Origen Adversos a Medicamentos.