




FECHA DE EXPEDICION			CIUDAD					FÓRMULA DE MEDICAMENTOS																														
DATOS DEL AFILIADO																																						
APELLIDOS							NOMBRES				DOCUMENTO DE IDENTIDAD ( TIPO Y NUMERO)																											
EDAD				DIRECCION						TEL				FORMULA CONTROLADA		SI				NO																		
NUMERO DE HISTORIA CLINICA			TIPO DE USUARIO							USO				Si su uso es crónico, ¿Cuántas entregas?																								
			CONTRIBUTIVO				SUBSIDIADO				PARTICULAR				OTRO				AGUDO				CRONICO				1				2				3			
DIAGNOSTICO																																						
CODIGO CIE10 (Obligatorio)							DESCRIPCION (Opcional)																															
Datos de los medicamentos																																						
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
NOMBRE GENERICO					CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA					VIA DE ADMINISTRACION																												
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION					CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)			DURACION DEL TRATAMIENTO			CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																											
INDICACIONES O RECOMENDACIONES										NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO PROFESIONAL DEL MEDICO TRATANTE																												
										 <b>Adolfo Leon Rayo</b> <b>Médico General</b> <b>Rm. 14192</b>																												
DATOS DEL PRESTADOR (nombre, documento de identidad o NIT, dirección, teléfono, correo)										DATOS DE LA ENTREGA DE LA FORMULA MEDICA AL PACIENTE																												
										PROVEEDOR				FECHA		AFILIADO O AUTORIZADO: Declaro que recibí conforme los medicamentos especificados en esta fórmula de medicamentos.																						

# EVENTOS ADVERSOS Y/O FALLAS TERAPÉUTICAS A MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA

Consecutivo No.

(uso de la Dirección Técnica)

Fecha de Diligenciamiento

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
1. Apellidos		2. Nombres		3. Documento de Identificación
				Tipo No.
4. Sexo	5. Fecha Nacimiento (Pediátrico)	6. Edad Actual	7. Entidad de Afiliación	8. No. Contrato o Afiliación
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
9. Datos Importantes de la Historia Clínica del Paciente (alergias, embarazos, patologías o medicamentos administrados simultáneamente)				
B. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO EN EL PACIENTE				
1. Tipo de Evento (Marque con X, según corresponda)		2. Fecha Inicio del Evento		3. Peso Paciente en el Evento (Kg)
<input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Falla terapéutica		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4. Descripción clínica, diagnóstico, comorbilidad, otros medicamentos ingeridos y circunstancias relacionadas				
5. Resultado del Evento (Marque con X, según corresponda)				
<input type="checkbox"/> Amenaza a la vida <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Intervención <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Anomalía congénita <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Incapacidad por <input type="text"/> días				
6. Exámenes de laboratorio practicados, resultados, fecha aproximada de realización y observaciones				
C. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO Y/O DISPOSITIVO MÉDICO CAUSANTE DEL EVENTO				
Concepto	Medicamento 1 / Dispositivo 1	Medicamento 2 / Dispositivo 2	Medicamento 3 / Dispositivo 3	
1. Nombre medicamento / dispositivo				
2. Marca medicamento / dispositivo				
3. Forma farmacéutica (sólo en medicamen				
4. Concentración (100 mg, 500 mg, etc.)				
5. Dimensiones (sólo en dispositivo)				
6. Dosis y frecuencia				
7. Vía(s) de administración				
8. Laboratorio fabricante				
9. No. de lote (si se conoce)				
10. Fecha de expiración (si se conoce)				
11. Fecha en la que inició el uso del medicamento o dispositivo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
12. Fecha en la que finalizó el uso del medicamento o dispositivo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
13. ¿El evento desapareció al retirar el medicamento / dispositivo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
14. ¿El evento reapareció al reexponerse el paciente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
D. INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO QUE REPORTA EL EVENTO				
1. Apellidos		2. Nombres		3. Cargo
4. Empresa en la que labora		5. Ciudad de la Empresa		6. Teléfono de la Empresa

M: Masculino F: Femenino NA: No Aplica  
CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS

Solo Original

Febrero de 2004

*Adolfo Leon Rayo*  
**Médico General**  
**Rm. 14192**

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - PROPIEDAD DE LA ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL