




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																												
										 MÉDICO GENERAL R.M. 118270516																												
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
DD MM AAAA

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES		
9. Datos Importantes de la Historia Clínica del Paciente (alergias, embarazos, patologías o medicamentos administrados simultáneamente)				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

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"/>	<input type="text"/>
4. Descripción clínica, diagnóstico, comorbilidad, otros medicamentos ingeridos y circunstancias relacionadas		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
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		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Marca medicamento / dispositivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Forma farmacéutica (sólo en medicamen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Concentración (100 mg, 500 mg, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Dimensiones (sólo en dispositivo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Dosis y frecuencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Vía(s) de administración	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Laboratorio fabricante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. No. de lote (si se conoce)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Fecha de expiración (si se conoce)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Empresa en la que labora	5. Ciudad de la Empresa	6. Teléfono de la Empresa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Solo Original

Santiago Salazar
Médico General
Febrero de 2004
R.M. 216270516

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - PROPIEDAD DE LA ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL