



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL
DE TUBERCULOSIS

TARJETA DE NOTIFICACIÓN ; TENGA LA GENTILEZA DE REPORTAR !

Form-020

NOTA. LA FALTA DE UNO DE LOS DATOS NO IMPOSIBILITA LA REVISIÓN DEL FORMULARIO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| Nombre de la Institución: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Paciente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia Clínica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ubicación del Paciente (dirección): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telf.: | | | | | | | | | | Zona: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo: | | | | | Masculino | | | | | Femenino | | | | | Peso | | | | | Talla | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médico Tratante: | | | | | | | | | | | | | | | Especialidad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Embarazo: | | | | | No | | | | | Si | | | | | Desc. | | | | | Lactancia: | | | | | No | | | | | Si | | | | | Desc. | | | | |

Fecha del evento adverso:

Inicio del evento adverso con relación a la administración de el (los) medicamento (s) sospechoso (s):

| | | | | | | |
|-----------|------------|---------|-------|------|---------|-------|
| Inmediata | Dentro de: | minutos | horas | días | semanas | meses |
|-----------|------------|---------|-------|------|---------|-------|

| Efectos Cardiovasculares | | Efectos Respiratorios | | Efectos SNC | | Efectos Gastrointestinales | | Misceláneos | |
|----------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-------------|----------------|----------------------------|------------------------|-------------|----------------------|
| | Bradicardia | | Broncoespasmo | | Alucinaciones | | Nauseas | | Alteración de libido |
| | Hipertensión | | Congestión nasal | | Ansiedad | | Vómitos | | Mastalgia |
| | Palpitaciones | | Depresión respiratoria | | Cefalea | | Dolor abdominal | | Dismenorrea |
| | | | Tos | | Desorientación | | Diarrea | | Amenorrea |
| | | | | | Fatiga | | Sequedad bucal | | Edema facial |
| | | | | | Hiperactividad | | Sialorrea | | Dolor generalizado |
| | | | | | Hipertermia | | Molestias epigástricas | | Artralgia |
| | | | | | Inconciencia | | Constipación | | Hematomas |
| | | | | | Insomnio | | Melena | | Hemorragias |
| | | | | | | | | | |
| Alteración de los sentidos | | Trastornos Urinarios | | | Irritabilidad | | Efectos Dermatológicos | | |
| | Alteración de la visión | | Hematuria | | Neurótico | | Erupción cutánea | | |
| | Alteración de la audición | | Dificultad urinaria | | Parestesia | | Prurito | | |
| | Alteración del gusto | | Polaquiuria | | Sedación | | Rash | | |
| | | | | | Temblores | | Alopecia | | |
| | | | | | Tinnitus | | Irritación cutánea | | |
| | | | | | Vértigo | | | | |

| NOMBRE/GENÉRICO | LABORATORIO FABRICANTE | DÓSIS Diaria (mg) | Frecuencia | Vía | f.f. | Inicio | Fin | Número de lote | Automedicación | | |
|-----------------|---------------------------|----------------------|----------------|-----|------|-------------|-----|-------------------|----------------|----|----|
| | | | Administración | | | Tratamiento | | | SI | NO | NO |
| | | | | | | | | | SI | | NO |
| | | | | | | | | | SI | | NO |
| | | | | | | | | | SI | | NO |
| | | | | | | | | | SI | | NO |
| | | | | | | | | | SI | | NO |

| NOMBRE/GENÉRICO | LABORATORIO FABRICANTE | DÓSIS Diaria (mg) | Frecuencia | Vía | f.f. | Inicio | Fin | Número de lote | Automedicación | | | |
|-----------------|---------------------------|----------------------|----------------|-----|------|-------------|-----|-------------------|----------------|----|----|----|
| | | | Administración | | | Tratamiento | | | SI | NO | SI | NO |
| | | | | | | | | | | SI | | NO |
| | | | | | | | | | | SI | | NO |
| | | | | | | | | | | SI | | NO |
| | | | | | | | | | | SI | | NO |
| | | | | | | | | | | SI | | NO |

| | | | |
|---|--|--|----------------|
| FACTORES QUE PUEDEN PREDISPONERSE A UNA REACCIÓN ADVERSA | | | |
| ANTECEDENTES DE ALERGIAS EN GENERAL | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SABE | <input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE | |
| | | | |
| ANTECEDENTES DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SABE | <input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE | |
| | | | |
| ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN PREVIA A: | | | |
| MEDICAMENTO SOSPECHOSO | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SABE | <input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE | |
| | | | |
| MEDICAMENTO CONCOMITANTE | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SABE | <input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE | |
| | | | |
| OTRAS CONDICIONES | | | |
| ALTERACIÓN HEPÁTICA | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SABE | <input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE | |
| | | | |
| ALTERACIÓN RENAL | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SABE | <input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE | |
| | | | |
| CONSUMO DE ALCOHOL | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SABE | <input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE | CANTIDAD |
| | | | |
| CONSUMO DE TABACO | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SABE | <input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE | CANTIDAD |
| | | Nº cigarrillos / día: | |
| | | Nº cigarrillos / semana: | |
| | | | |
| OTRAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS Y/O PATOLOGÍAS RELEVANTES: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| SEGUIMIENTO FECHA: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Suspendió tratamiento con medicamento sospechoso | <input type="checkbox"/> | Riesgo Viral |
| <input type="checkbox"/> | Requirió Tratamiento de la RAM | <input type="checkbox"/> | Malformación |
| <input type="checkbox"/> | Requirió hospitalización | <input type="checkbox"/> | Muerte |
| OBSERVACIONES | | | |
| | | | |
| | | | |
| SEGUIMIENTO FECHA: | | | |
| | | CAUSALIDAD: | |
| <input type="checkbox"/> | Recuperado completamente | <input type="checkbox"/> | No Clasificada |
| <input type="checkbox"/> | Recuperado con secuelas | <input type="checkbox"/> | Improbable |
| <input type="checkbox"/> | No recuperado aún | <input type="checkbox"/> | Condicional |
| <input type="checkbox"/> | Desconocido | <input type="checkbox"/> | Posible |
| | | <input type="checkbox"/> | Probable |
| | | <input type="checkbox"/> | Definida |
| OBSERVACIONES | | | |
| | | | |
| | | | |
| Datos del Notificador | | FECHA | |
| Nombre | | Relación con | |
| Teléfono de contacto | | el paciente: | |