Modelo 33-36-02 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Farmacia	**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS POR EL PROFESIONAL SANITARIO**	Pág. 1 de 1 Mes Año

Unidad que reporta:	Provincia:	Municipio:

PACIENTE:

Nombre y apellidos:

Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Color de la piel: ☐ ☐ ☐ ☐ Peso (kg): _____

Nombre del que reporta: _____ Médico ☐ Lic. Farmacia ☐ Téc. Farmacia ☐ Lic. Enfermería ☐ Enfermera ☐ Estomatólogo ☐ Otro ☐

Medicamentos tomados hasta 3 meses antes de la RAM. Marcar con una cruz los sospechosos	Lote	Vía de administración	Dosis diaria	TRATAMIENTO						Motivo de Prescripción
				Inicio			Fin			
				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	

Fabricante:	Patologías que presenta el paciente:

REACCIONES. Enumérense por separado	Fecha de inicio			Fecha de término			Requirió ingreso o prolongó su estadía hospitalaria		Atención de urgencia		Puso en peligro su vida	
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	SI	NO	SI	NO	SI	NO

DESENLACE			SI	NO	Fecha de notificación:		
Recuperado	☐	¿Se ha suspendido la medicación?					
No recuperado	☐	¿Ha mejorado al suspenderla?					
Recuperado con secuela	☐	¿Se administró nuevamente este medicamento?					
Mortal	☐	¿Si se administró nuevamente, hubo recurrencia de síntomas?			Día	Mes	Año

Observaciones adicionales: