

**ESPROMED BIO, C.A.**  
**REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS**  
**(RAM)**

I.- DATOS DEL PACIENTE					
1.1 NOMBRE Y APELLIDO	1.2 C.I.	1.3 FECHA DE NACIMIENTO	1.4 EDAD	1.5 SEXO	
1.6 DIRECCION DE RESIDENCIA	1.7 ESTADO	1.8 MUNICIPIO	1.9 PARROQUIA		
1.10 CORREO ELECTRONICO	1.11 TELEFONO FIJO		1.12 TELEFONO MOVIL		
II.- DATOS DE LOS MEDICAMENTOS SOSPECHOSOS					
MEDICAMENTO (S)	MEDICAMENTO 1				
	2.1 NOMBRE	2.2 DOSIS	2.3 VIA	2.4 FRECUENCIA	
	2.5 FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO	2.6 FECHA DE FIN DE TRATAMIENTO	2.7 FECHA DE VENCIMIENTO	2.8 N° DE LOTE	
	MEDICAMENTO 2				
	2.9 NOMBRE	2.10 DOSIS	2.11 VIA	2.12 FRECUENCIA	
	2.13 FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO	2.14 FECHA DE FIN DE TRATAMIENTO	2.15 FECHA DE VENCIMIENTO	2.16 N° DE LOTE	
	MEDICAMENTO 3				
	2.17 NOMBRE	2.18 DOSIS	2.19 VIA	2.20 FRECUENCIA	
	2.21 FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO	2.22 FECHA DE FIN DE TRATAMIENTO	2.23 FECHA DE VENCIMIENTO	2.24 N° DE LOTE	
	III.- DATOS DEL LUGAR DONDE SE INDICO O APLICO EL MEDICAMENTO				
	3.1 TIPO DE ESTABLECIMIENTO	3.1.1 CONSULTORIO POPULAR/CDI <input type="checkbox"/>	3.1.2 AMBULATORIO <input type="checkbox"/>	3.1.3 HOSPITAL <input type="checkbox"/>	3.1.4 CENTRO PRIVADO <input type="checkbox"/>
		3.1.5 ESCUELA <input type="checkbox"/>	3.1.6 COMUNIDAD <input type="checkbox"/>	3.1.7 OTRO <input type="checkbox"/>	3.1.8 CUAL:
3.2 NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	3.2.1				
3.3 ESTABLECIMIENTO ADSCRITO	3.3.1 MPPS <input type="checkbox"/>	3.3.2 IVSS <input type="checkbox"/>	3.3.3 B.A <input type="checkbox"/>	3.3.4 SANIDAD MILITAR <input type="checkbox"/>	
	3.3.5 MINISTERIO DE EDUCACION <input type="checkbox"/>	3.3.6 GOBERNACION/ALCALDIA <input type="checkbox"/>	3.3.7 OTRO <input type="checkbox"/>	3.3.8 CUAL:	
IV.- MANIFESTACIONES CLINICAS					
4.1 DOLOR EN EL SITIO DE LA INYECCION <input type="checkbox"/>	4.2 ARDOR EN EL SITIO DE LA INYECCION <input type="checkbox"/>	4.3 ENROJECIMIENTO E INDURACION EN EL SITIO DE LA INYECCION <input type="checkbox"/>	4.4 FIEBRE <input type="checkbox"/>	4.5 MALESTAR GENERAL <input type="checkbox"/>	
4.1.1 FECHA DE INICIO:	4.2.1 FECHA DE INICIO:	4.3.1 FECHA DE INICIO:	4.4.1 FECHA DE INICIO:	4.5.1 FECHA DE INICIO:	
4.1.2 FECHA DE FIN :	4.2.2 FECHA DE FIN :	4.3.2 FECHA DE FIN :	4.4.2 FECHA DE FIN :	4.5.2 FECHA DE FIN :	
4.6 DOLOR DE CABEZA <input type="checkbox"/>	4.7 MAREOS <input type="checkbox"/>	4.8 TEMBLORES <input type="checkbox"/>	4.9 ESCALOFRIOS <input type="checkbox"/>	4.10 LLANTO <input type="checkbox"/>	
4.6.1 FECHA DE INICIO:	4.7.1 FECHA DE INICIO:	4.8.1 FECHA DE INICIO:	4.9.1 FECHA DE INICIO:	4.10.1 FECHA DE INICIO:	
4.6.2 FECHA DE FIN :	4.7.2 FECHA DE FIN :	4.8.2 FECHA DE FIN :	4.9.2 FECHA DE FIN :	4.10.2 FECHA DE FIN :	
4.11 IRRITABILIDAD <input type="checkbox"/>	4.12 SOMNOLENCIA <input type="checkbox"/>	4.13 DESORIENTACION <input type="checkbox"/>	4.14 HIPOTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/>	4.15 HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/>	
4.11.1 FECHA DE INICIO:	4.12.1 FECHA DE INICIO:	4.13.1 FECHA DE INICIO:	4.14.1 FECHA DE INICIO:	4.15.1 FECHA DE INICIO:	
4.11.2 FECHA DE FIN :	4.12.2 FECHA DE FIN :	4.13.2 FECHA DE FIN :	4.14.2 FECHA DE FIN :	4.15.2 FECHA DE FIN :	
4.16 VOMITOS <input type="checkbox"/>	4.17 DIARREA <input type="checkbox"/>	4.18 ARTRALGIAS (DOLOR EN ARTICULACIONES) <input type="checkbox"/>	4.19 MIALGIAS (DOLOR MUSCULAR) <input type="checkbox"/>	4.20 PALIDEZ <input type="checkbox"/>	
4.16.1 FECHA DE INICIO:	4.17.1 FECHA DE INICIO:	4.18.1 FECHA DE INICIO:	4.19.1 FECHA DE INICIO:	4.20.1 FECHA DE INICIO:	
4.16.1 FECHA DE FIN :	4.17.2 FECHA DE FIN :	4.18.2 FECHA DE FIN :	4.19.2 FECHA DE FIN :	4.20.2 FECHA DE FIN :	
4.21 SUDORACION <input type="checkbox"/>	4.22 FRIALDAD <input type="checkbox"/>	4.23 CONVULSIONES <input type="checkbox"/>	4.24 REACCION ALERGICA <input type="checkbox"/>	4.25 ENROJECIMIENTO FACIAL <input type="checkbox"/>	
4.21.1 FECHA DE INICIO:	4.22.1 FECHA DE INICIO:	4.23.1 FECHA DE INICIO:	4.24.1 FECHA DE INICIO:	4.25.1 FECHA DE INICIO:	
4.21.2 FECHA DE FIN :	4.22.2 FECHA DE FIN :	4.23.2 FECHA DE FIN :	4.24.2 FECHA DE FIN :	4.25.2 FECHA DE FIN :	
4.26 OTRO <input type="checkbox"/>	4.27 CUAL:				
4.26.1 FECHA DE INICIO:	4.27.1 FECHA DE INICIO:				
4.26.2 FECHA DE FIN :	4.27.2 FECHA DE FIN :				
V.- MANEJO DEL CASO					
5.1 HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/>	5.2 CONSULTA AMBULATORIA <input type="checkbox"/>	5.3 MANEJO HOGAR <input type="checkbox"/>	5.4 OTRO <input type="checkbox"/>	5.5 CUAL:	
VI.- DATOS DEL NOTIFICADOR					
6.1 NOMBRES Y APELLIDOS	6.2 EMPRESA O INSTITUCION			6.3 FECHA DE NOTIFICACION	
6.4 DIRECCION	6.5 ESTADO	6.6 CIUDAD	6.7 TELEFONO	6.8 CORREO ELECTRONICO	