

	<b>FORMATO CUESTIONARIO DE EVENTOS DE MEDICAMENTOS</b>	<b>Código:</b>	<b>FV-FMT-03</b>
		<b>Fecha:</b>	<b>16-Abr-2025</b>
		<b>Versión:</b>	<b>01</b>
		<b>Página:</b>	<b>1 de 4</b>

**REPORTE TODA SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO:**  
 Eventos o reacciones esperadas o conocidas, leves, no serias y serias.

La información suministrada será utilizada en pro de la construcción de evidencia que propicie el uso más racional de los productos farmacéuticos. La información sensible se adhiere a los lineamientos de tratamiento de la Ley 1581 de 2012.

Por favor enviar este reporte diligenciado lo más completo posible al correo  
[farmacovigilancia@asg.com.co](mailto:farmacovigilancia@asg.com.co)

Fecha del reporte:	
Reporte fatal (si/no):	
CÓDIGO CUESTIONARIO (Solo para ASC)	

1. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE		
Origen del reporte Ciudad - País	Nombre de la Institución donde ocurrió el evento	
Nombre del Reportante primario	Profesión	Correo electrónico institucional

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Iniciales paciente:			
Sexo (M/F):		Fecha nacimiento:	
Peso (Kg):		Talla(cm):	
Patología – Diagnostico			Código CIE-10:
Antecedentes médicos relevantes:			

	<b>FORMATO CUESTIONARIO DE EVENTOS DE MEDICAMENTOS</b>	<b>Código:</b>	<b>FV-FMT-03</b>
		<b>Fecha:</b>	<b>16-Abr-2025</b>
		<b>Versión:</b>	<b>01</b>
		<b>Página:</b>	<b>2 de 4</b>

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS			
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO (Marque con una "X")			
Bajo	Medio	Alto	No estratificado
ESTADO ONCOLÓGICO AL INICIO DE TRATAMIENTO (Marque con una "X")			
1° Remisión total	>2° Remisión total	1° Remisión parcial	
>2° Remisión parcial	Tratamiento de rescate	Nuevo diagnóstico	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA ADVERSOS EN PRETERMINO			
Fecha del último período menstrual:			
Período gestacional (Semanas):			
INFORMACION PROGENITORES	MADRE	PADRE	
Iniciales			
Edad:			
Peso (Kg):			
Talla (cm):			
Antecedentes médicos relevantes:			

### 3. INFORMACION DEL EVENTO

Fecha inicio:		Fecha final:	
Breve descripción de la reacción:			
NIVEL DE GRAVEDAD (Marque con una "X")			
Amenaza la vida	Discapacidad/incapacidad	Causa muerte	
Prolongó o produjo hospitalización	Anomalía congénita	Otra condición, ¿cuál?:	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA EVENTO ADVERSOS FATALES			
Fecha del deceso:		Autopsia (Sí / No)	
Causa de muerte por fuente primaria:			
Causa de muerte por biopsia:			
AMPLIACION DE INFORMACION DEL CASO			

**NOTA: favor indicar el tipo de paraclínico, su magnitud y unidades de medida, que permite identificar la novedad de seguridad.**

	<b>FORMATO CUESTIONARIO DE EVENTOS DE MEDICAMENTOS</b>	<b>Código:</b>	<b>FV-FMT-03</b>
		<b>Fecha:</b>	<b>16-Abr-2025</b>
		<b>Versión:</b>	<b>01</b>
		<b>Página:</b>	<b>3 de 4</b>

4. INFORMACION DE LOS MEDICAMENTOS					
Principio activo	Posología (mg*kg/freq (hrs))	Indicación	Vía de administración	Fecha inicio	Fecha final
<b>MEDICAMENTO/S ASC:</b>		<b>Lote</b>		<b>Registro sanitario</b>	
¿Cuál medicamento considera principal sospechoso del evento de seguridad?					

5. RESULTADO DEL EVENTO (Marque con una "X")		
Resuelto	Resolviendo	En curso
Resuelto con secuela	Fatal	Desconocido
CRITERIO DE TEMPORALIDAD		
¿El evento aparece después de la administración del medicamento sospechoso? (Sí/No)		
¿Qué tiempo pasó entre la administración y la aparición del evento? (horas)		
¿Hubo re-exposición del medicamento? (Sí/No)		
EN CASO DE RE-EXPOSICIÓN ¿CUÁL FUE EL DESENLACE? (Marque con una "X")		
Apareció el evento con igual intensidad		No apareció el evento
Apareció el evento con menor intensidad		Evento mortal
Apareció el evento con mayor intensidad		No concluyente

	<b>FORMATO CUESTIONARIO DE EVENTOS DE MEDICAMENTOS</b>	<b>Código:</b>	<b>FV-FMT-03</b>
		<b>Fecha:</b>	<b>16-Abr-2025</b>
		<b>Versión:</b>	<b>01</b>
		<b>Página:</b>	<b>4 de 4</b>

### CONTROL DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Descripción</b>	<b>Fecha</b>
01	Creación, revisión y aprobación del documento.	xx

### CUADRO DE APROBACIÓN

	<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>
<b>Nombre:</b>	Zaret Forero Tayo	Angélica Milena López	Álvaro Valencia González
<b>Cargo:</b>	Supervisora de Calidad	Directora Técnica	Director de Nuevos Negocios
<b>Firma:</b>			