



## Notificació de sospita de reacció adversa (RAM)<sup>1</sup>

### 1. Dades del/de la pacient

Inicials del/de la pacient (nom, 1r cognom, 2n cognom): \*

Sexe: \*  M  F

Pes en kg:

Data de naixement: \*

### 2. Dades de la persona que declara

Nom i cognoms:

Adreça electrònica:

Tel. fix/mòbil:

Metge/essa

Farmacèutic/a

Infermer/a

Altres professions sanitàries

### 3. Dades del/s medicament/s

Nom comercial <sup>2</sup> *	Posologia <sup>3</sup>	Via admin.	Data inici	Data final	Motiu prescripció
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### 4. Dades de la reacció adversa

Descripció: \*

Data inici de la reacció: \*

Data final de la reacció:

Gravetat:

No greu

Greu

En cas de greu:

Ocasiona la mort

Posa en perill la vida del pacient

Exigeix l'hospitalització o la prolonga

Ocasiona discapacitat o invalidesa

Constitueix una anomalia congènita o un defecte de naixement

Actuació davant la RAM:

Interrupció del tractament

Modificació de la dosi

Cap canvi

Tractament de la RAM:

No

Sí. Indiqueu-lo: .....

Resultat:

Fatal

Recuperació

En recuperació

Desconegut

Altres: .....

\* Camp obligatori.

1. Informació de caràcter estrictament confidencial. Notifiqueu qualsevol sospita de reacció adversa a medicaments. Si són vacunes, indiqueu el núm. de lot. No deixeu de notificar perquè desconeu una part de la informació que us demanem.

2. Cal indicar el medicament pel nom comercial i no pel principi actiu. Empleneu el primer espai amb el medicament que considereu més sospitós d'haver produït la reacció adversa. Si creieu que hi ha més d'un medicament sospitós marqueu-los amb un asterisc al costat del nom comercial. Després, afegiu tots els medicaments, fins i tot els d'automedicació, presos durant els darrers tres mesos.

3. Per a les vacunes cal indicar el nombre de la dosi que correspon. Per exemple: 1r DTP

## 5. Observacions

---

Ex.: resultat d'anàlitiqes, al·lèrgies conegudes, factors de risc, exposició prèvia al medicament...

## 6. Data i signatura

---

Data de notificació:

---

Signatura de la persona que declara

## Informació important

---

- Retorneu la notificació emplenada al Centre de Farmacovigilància, av. Príncep Benlloch, 30, 4t - Edif. Clara Rabassa - AD500 Andorra la Vella.  
Fax: 865 465. A/e: ars@andorra.ad
- També podeu fer la notificació al telèfon 874 804

## Legislació aplicable

---

- Llei qualificada de protecció de dades personals, del 18 de desembre del 2003, publicada al BOPA núm. 003, any 16, del 21 de gener del 2004.