



FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Nombre y Apellido: _____
 2. Edad: 3. Años 4. Meses 5. Días 6. Peso: 7. Sexo: F M 8. CI N°
 9. Domicilio: _____
 10. Dpto.: _____ 11. Distrito: _____ 12. Barrio: _____
 13. Zona: 14. Urbana 15. Rural 16. País _____ 17. Tel:
 18. Ocupación _____ 19. Embarazo Si No 20. Trimestre: 1° 2° 3°

II. CUADRO CLINICO ACTUAL

21. Fecha inicio de Síntomas ___/___/___ 22. Fecha de consulta ___/___/___ 23. Hospitalización: SI ___ NO ___
 24. Fecha hospitalización ___/___/___ 25. Ingreso a UCI: SI ___ NO ___ 26. Fecha de ingreso a UCI ___/___/___

Signos y síntomas

27. CARDIORRESPIRATORIO	28. NEUROLÓGICOS	29. Coma <input type="checkbox"/>	30. Palidez <input type="checkbox"/>
31. Depresión respiratoria <input type="checkbox"/>	32. Cefalea <input type="checkbox"/>	33. DIGESTIVOS	34. Eritema <input type="checkbox"/>
35. Dolor torácico <input type="checkbox"/>	36. Mareos <input type="checkbox"/>	37. Náuseas <input type="checkbox"/>	38. Irritación conjuntival <input type="checkbox"/>
39. Irritabilidad <input type="checkbox"/>	40. Visión borrosa <input type="checkbox"/>	41. Vómitos <input type="checkbox"/>	45. OTROS: (especificar) <input type="checkbox"/>
42. Taquicardia <input type="checkbox"/>	43. Miosis <input type="checkbox"/>	44. D. Abdominal <input type="checkbox"/>	_____
46. Sibilancias <input type="checkbox"/>	47. Midriasis <input type="checkbox"/>	48. Hemorragia digestiva <input type="checkbox"/>	_____
49. Disnea <input type="checkbox"/>	50. Temblores <input type="checkbox"/>	51. CUTÁNEO MUCOSAS	_____
52. Paro Respiratorio <input type="checkbox"/>	53. Convulsiones <input type="checkbox"/>	54. Sudoración <input type="checkbox"/>	_____
55. Hipotensión <input type="checkbox"/>	56. Relajación del esfínter <input type="checkbox"/>	57. Prurito <input type="checkbox"/>	_____
58. Hipertensión <input type="checkbox"/>	59. Fasciculaciones <input type="checkbox"/>	60. Urticaria <input type="checkbox"/>	_____
61. Estridor <input type="checkbox"/>	62. Somnolencia <input type="checkbox"/>	63. Cianosis <input type="checkbox"/>	_____

III. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

64. Describir: _____

IV. ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN

65. N°	66. Nombre comercial	67. LOTE	68. Vía	69. Dosis (mg/día)	70. Fecha Inicio	71. Hora última toma	72. Fecha Final	73. Motivo de la medicación	74. N° de dosis diaria
1									
2									
3									
4									
5									
6									

75. Circunstancias de la exposición:
 76. Uso habitual 77. Accidental 78. Uso terapéutico 79. Automedicación 80. Prescripción médica inadecuada

V. DATOS DE LABORATORIO

81. Tipo de Muestra	82. Fecha T. muestra	83. Hora de T. muestra	84. Resultado	85. Fecha de Resultado	86. Método

87. Otros Exámenes: _____

VI. CONDICIÓN AL EGRESO

88. Fecha de Egreso ___/___/___
 89. Tipo de egreso: 90. Alta 91. Fallecido 92. Referido 93. Establecimiento de Referencia _____

VII. DATOS DEL NOTIFICANTE:

94. Institución: _____ 95. Región Sanitaria: _____
 96. Nombre del Notificante: _____ 97. Fecha de notificación: ___/___/___