

A. IDENTIFICACIÓN Y ANAMNESIS

A.01. IDENTIFICACIÓN. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (Localidad / País): _____

Grupo étnico: Blanco Latino Negro Asiático Otros: _____

A.02. ANTECEDENTES PERSONALES

Intolerancia o reacciones adversas previas a fármacos: Sí No *En caso afirmativo rellenar formulario C03*

A.03. HÁBITOS

Nº vasos cafeína, teína, taurina/día: _____ Nº regaliz/semana (pacientes de riesgo cardiovascular): _____

B. EXPLORACIÓN DE POTENCIALES REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAMS)

Los siguientes signos y síntomas pueden estar relacionados con reacciones adversas de origen medicamentosos. En caso de detectar alguna alteración, preguntar al paciente si lo encuentra relacionado con la toma de algún fármaco.

B.01. EXPLORACIÓN DE RAMS

SÍNTOMAS GENERALES

Mialgias: Sí No

Debilidad muscular: Sí No

Calambres: Sí No

Fatiga muscular: Sí No

Palpitaciones: Sí No

Dolor precordial: Sí No

Retención urinaria: Sí No

Hipoacusia: Sí No

Sequedad bucal: Sí No

Astenia / fatiga: Sí No

Revisión de ojos: Normal Anormal:

Midriasis: Sí No

Nistagmo: Sí No

Ictericia: Sí No

Sequedad: Sí No

REVISIÓN GASTROINTESTINAL

Apetencia: Normal Aumento apetito Disminución apetito

Dispepsia: Sí No

Vómitos, náuseas: Sí No

Estreñimiento: Sí No

Diarrea: Sí No

Epigastralgia: Sí No

REVISIÓN PSICOMOTRIZ

Mareos: Sí No

Temblores: Sí No

Parkinsonismo: Sí No

Rigidez/Hipertonía: Sí No

Trastorno marcha: Sí No

Frialdad periférica: Sí No

B.02. SIGNOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

En caso de haber observado alguna alteración en el cuestionario previo, detallar con qué fármaco se puede relacionar (y rellenar formulario B03):

Signo/síntoma	Fármaco sospechoso
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

B.03. FORMULARIO DE POTENCIALES REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Medicamento causante reacción adversa: _____

Descripción de la reacción adversa: _____

Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____

Diagnóstico (Motivo de la prescripción): _____

Posología: _____ Vía de administración: _____

Relación con medicamento: Sospechoso Concomitante Interacción

Intensidad: Leve Moderada Severa

Frecuencia: Continuo Intermitente

Medidas correctoras: Ninguna Observación Retirada fármaco Tratamiento nuevo Reducción dosis

Resultado: Resuelto
 En resolución
 Resuelto con secuelas
 No resuelto
 Muerte

Criterio de gravedad: Hospitalización/Prolongación de la hospitalización
 Amenaza la vida
 Anormalidad congénita
 Incapacidad
 Clínicamente significativo
 Muerte

B.03. FORMULARIO DE POTENCIALES REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Medicamento causante reacción adversa: _____

Descripción de la reacción adversa: _____

Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____

Diagnóstico (Motivo de la prescripción): _____

Posología: _____ Vía de administración: _____

Relación con medicamento: Sospechoso Concomitante Interacción

Intensidad: Leve Moderada Severa

Frecuencia: Continuo Intermitente

Medidas correctoras: Ninguna Observación Retirada fármaco Tratamiento nuevo Reducción dosis

Resultado: Resuelto
 En resolución
 Resuelto con secuelas
 No resuelto
 Muerte

Criterio de gravedad: Hospitalización/Prolongación de la hospitalización
 Amenaza la vida
 Anormalidad congénita
 Incapacidad
 Clínicamente significativo
 Muerte

Medicamento causante reacción adversa: _____

Descripción de la reacción adversa: _____

Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____

Diagnóstico (Motivo de la prescripción): _____

Posología: _____ Vía de administración: _____

Relación con medicamento: Sospechoso Concomitante Interacción

Intensidad: Leve Moderada Severa

Frecuencia: Continuo Intermitente

Medidas correctoras: Ninguna Observación Retirada fármaco Tratamiento nuevo Reducción dosis

Resultado: Resuelto
 En resolución
 Resuelto con secuelas
 No resuelto
 Muerte

Criterio de gravedad: Hospitalización/Prolongación de la hospitalización
 Amenaza la vida
 Anormalidad congénita
 Incapacidad
 Clínicamente significativo
 Muerte

C. EVALUACIÓN CLÍNICA GENERAL Y ESPECÍFICA
C.01. HISTORIA MÉDICA ACTUAL

Nº	Diagnósticos	Fecha inicio dd/mm/aaaa	Fecha fin dd/mm/aaaa	Tratamiento asociado Sí / No
0	<i>Ej. Dolor generalizado</i>	<i>ND/04/2021</i>		<i>Sí</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Si dato no conocido, poner ND // NA: No aplica

C.03. FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS PREVIAS

Medicamento causante reacción adversa (1): _____

Descripción de la reacción adversa: _____

Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____

Diagnóstico (Motivo de la prescripción): _____

Posología: _____ Vía de administración: _____

Relación con medicamento: Sospechoso Concomitante Interacción

Intensidad: Leve Moderada Severa

Frecuencia: Continuo Intermitente

Medidas correctoras: Ninguna Observación Retirada fármaco Tratamiento nuevo Reducción dosis

Resultado: Resuelto
 En resolución
 Resuelto con secuelas
 No resuelto
 Muerte

Criterio de gravedad: Hospitalización/Prolongación de la hospitalización
 Amenaza la vida
 Anormalidad congénita
 Incapacidad
 Clínicamente significativo
 Muerte

Medicamento causante reacción adversa (2): _____

Descripción de la reacción adversa: _____

Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____

Diagnóstico (Motivo de la prescripción): _____

Posología: _____ Vía de administración: _____

Relación con medicamento: Sospechoso Concomitante Interacción

Intensidad: Leve Moderada Severa

Frecuencia: Continuo Intermitente

Medidas correctoras: Ninguna Observación Retirada fármaco Tratamiento nuevo Reducción dosis

Resultado: Resuelto
 En resolución
 Resuelto con secuelas
 No resuelto
 Muerte

Criterio de gravedad: Hospitalización/Prolongación de la hospitalización
 Amenaza la vida
 Anormalidad congénita
 Incapacidad
 Clínicamente significativo
 Muerte

C.05. EVALUACIÓN GENERAL: CALIDAD DE VIDA

EQ-5D-3L

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de **HOY**.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (ej. *trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea marcando el punto que indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY

El peor estado de salud imaginable

El mejor estado de salud imaginable

