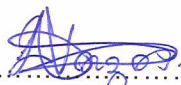
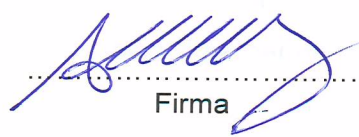


|                                                                                   |                                        |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                              |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 1 de 19 |

|                               |                                                                                    |            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Elaborado por:</b>         |                                                                                    |            |
| Luis Vargas                   |  | 28/01/2020 |
| Q.F. Dirección Técnica        | Firma                                                                              | Fecha      |
| <b>Revisado por:</b>          |                                                                                    |            |
| Patricia Romero V.            |  | 28-01-2020 |
| Director Técnico              | Firma                                                                              | Fecha      |
| <b>Aprobado por:</b>          |                                                                                    |            |
| Jaime Arancibia               |  | 28/01/2020 |
| Jefe Aseguramiento de Calidad | Firma                                                                              | Fecha      |

## 1.- OBJETIVO

Cumplir con los requerimientos legales y normativos relacionados con las responsabilidades en Farmacovigilancia por parte de ITF-Labomed Farmacéutica Ltda.

## 2.- ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los medicamentos comercializados por ITF- Labomed Farmacéutica Ltda.

## 3.- RESPONSABILIDADES

### 3.1.- Es responsabilidad de todo el personal:

- Recibir y canalizar las notificaciones de RAM desde los clientes nacionales al Encargado de Farmacovigilancia

### 3.2.- Es responsabilidad del Director Técnico:

- **Responsable final** de la seguridad y eficacia de sus medicamentos que debe implementar y mantener un Sistema de Farmacovigilancia que permita recopilar y tratar la información sobre todas las sospechas de Reacciones Adversas.

|                                                                                   |                                        |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                              |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 2 de 19 |

- Disponer de un Sistema de Farmacovigilancia propio o externalizado que tenga un Encargado de Farmacovigilancia.
- Aprobar y enviar cuando corresponda Informes Periódicos de Seguridad (IPS) y de Planes de Manejo de Riesgos (PMR) al organismo regulador de acuerdo al POS-DT-026.
- Comunicar la información que afecte al perfil de seguridad de los medicamentos y solicita modificaciones cuando corresponda.
- Monitorear la eficacia de las notificaciones por medio del Indicador clave de rendimiento de Notificaciones de Farmacovigilancia

### 3.3.- Es responsabilidad del Encargado del Sistema de Farmacovigilancia (Q.F Departamento Dirección Técnica):

- Mantener un Sistema de Farmacovigilancia, que recopile y evalúe la información sobre RAM notificadas a ITF- Labomed Farmacéutica Ltda.
- Registrar y comunicar al Centro Nacional de Farmacovigilancia del ISP todas las notificaciones de RAM de las que tengan conocimiento, para los medicamentos que comercializan, como también aquellas detectadas en estudios clínicos que se efectúen en el país.
- Conservar la documentación respectiva de las sospechas de RAM a fin de complementar la información recibida y realizar el seguimiento en caso necesario.
- Presentar ante el ISP información en formularios autorizados en los plazos establecidos según Res. 1287/2012.
- Dar respuesta en un plazo de máximo de 7 días calendario a cualquier requerimiento de información por parte del Centro Nacional de Farmacovigilancia del ISP.
- Realizar evaluaciones continuas de la relación riesgo/beneficio de los medicamentos durante el periodo de post-comercialización y comunicar inmediatamente a la autoridad competente cualquier información que pudiera suponer un cambio de dicha relación.
- Elaborar cuando corresponda Informes Periódicos de Seguridad (ISP) y de Planes de Manejo de Riesgos (PMR), de acuerdo POS-DT-026.
- Asegurar la integridad, exactitud, fiabilidad, consistencia, trazabilidad y confidencialidad de toda la información de las personas involucradas.

### 3.3.- Es responsabilidad de los Gerentes de Divisiones:



|                                                                                   |                                        |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022     |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04            |
|                                                                                   |                                        | Vigencia : 28 ENE. 2020 |
|                                                                                   |                                        | Vence : Ene. 2023       |
|                                                                                   |                                        | Página : 3 de 19        |

- Informar a Dirección Técnica la información obtenida por la fuerza de venta relacionada a sospechas de reacciones adversas, eventos adversos y errores de medicación.

### 3.4.- Es responsabilidad de la Secretaria de Marketing:

- Reenviar todo correo electrónico ingresado a través de la página corporativa de ITF- Labomed Farmacéutica Ltda al Encargado de Farmacovigilancia y Director Técnico.

## 4.- DEFINICIONES

- **Causalidad:** Es la relación de asociación entre el medicamento administrado y el evento adverso observado.
- **Causalidad Cierta:** cuando un acontecimiento clínico (incluidos los resultados analíticos anormales) se produce con una relación temporal verosímil con respecto a la administración del fármaco y no puede ser explicado por una enfermedad concurrente o por la administración de otros fármacos o sustancias químicas. Se debe demostrar que hay una respuesta clínica verosímil (esperada) a la supresión de la administración del medicamento y, si es posible, también debe demostrarse que la respuesta clínica inicial reaparece cuando se vuelve a administrar el medicamento.
- **Causalidad Improbable:** cuando se produce un acontecimiento clínico que guarda una relación temporal improbable (pero no imposible). Existen otras causas alternativas plausibles (enfermedades, otros medicamentos)
- **Causalidad Probable o Muy Probable:** cuando se produce un acontecimiento clínico que guarda una relación temporal razonable con la administración del fármaco y es improbable que se deba a una enfermedad concurrente o a otros fármacos o sustancias químicas. Se debe demostrar una respuesta clínica verosímil a la supresión de la administración del medicamento, pero no a su reinicio.
- **Causalidad Posible:** cuando el acontecimiento clínico guarda una relación temporal razonable con la administración del medicamento, pero podría ser explicado por una enfermedad concurrente o por el efecto de otros fármacos o sustancias químicas. Puede no haber información clara sobre el efecto de la supresión de la administración del medicamento.
- **Centro Nacional de Farmacovigilancia:** Subdepartamento del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) responsable de coordinar el Programa Nacional de Farmacovigilancia.

|                                                                                   |                                        |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                              |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 4 de 19 |

- **Confidencialidad:** Mantenimiento de la privacidad de los pacientes, profesionales de la salud e instituciones, incluyendo la identidad de las personas y toda la información médica personal.
- **Evento adverso (EA):** Es cualquier evento médico perjudicial para el paciente que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento, pero no tiene necesariamente una relación causal con dicho tratamiento.
- **Falta de Eficacia:** Falla inesperada de un medicamento para producir el efecto deseado, según fue determinado por la investigación científica previa
- **Farmacovigilancia:** Ciencia que se encarga de recoger, vigilar, investigar y evaluar la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar la información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños a los pacientes. Involucra los efectos adversos y otros problemas relacionados.
- **Formato CIOMS-I:** Forma de reporte internacional estandarizado para el reporte de informes de seguridad de casos individuales
- **Formulario de Notificación:** Formulario Oficial para el reporte de sospechas de reacciones adversas, puesto en disposición pública por el ISP a través del Centro Nacional de Farmacovigilancia.
- **Fármaco Concomitante:** Medicamento utilizando durante el mismo periodo en que se produjo la reacción adversa y al cual no se le asocia la causa de ésta reacción.
- **Fármaco Sospechoso:** Medicamento al cual se le asocia la causa de la reacción adversa a medicamento.
- **Informe Periódico Seguridad (IPS; en inglés PSUR, Periodic Safety Update Report):** Documento preparado por el titular del Registro Sanitario, cuya finalidad es actualizar la información de seguridad de un medicamento y que, entre otros elementos, contiene información de las sospechas de reacciones adversas de las que haya tenido conocimiento, en el período de referencia, así como una evaluación científica actualizada del balance beneficio-riesgo del medicamento.
- **Notificación espontánea (Farmacovigilancia pasiva):** Es un método de farmacovigilancia que consiste en la comunicación al Centro Nacional de Farmacovigilancia, por parte de un profesional de la salud, de las sospechas de reacciones adversas a medicamentos de las que éste toma conocimiento, incluidos la dependencia, el abuso, el mal uso y la falta de eficacia, en el formulario



|                                                                                   |                                        |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                              |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 5 de 19 |

expresamente creado para tal fin. Incluye la posterior recolección y evaluación de las notificaciones por parte del Centro Nacional de Farmacovigilancia.

- **Notificador:** Profesional de la salud que ha sospechado una reacción adversa y la ha reportado al Centro de Farmacovigilancia.
- **Plan de Manejo de Riesgos (PMR; en inglés RMP, Risk Management Plan):** Documento en el que el solicitante o titular de un Registro Sanitario especifica los riesgos relevantes del medicamento y establece un plan para la realización de las actividades de farmacovigilancia necesarias a fin de identificarlos, caracterizarlos, cuantificarlos y, en caso necesario, someterlos a un programa específico de prevención o minimización de dichos riesgos.
- **Reacción Adversa a Medicamentos (RAM):** Respuesta a un medicamento que es nociva y no intencionada y que se produce con las dosis utilizadas normalmente en el hombre, con fines de diagnóstico, profilaxis, tratamiento o modificación de la función fisiológica.
- **Reacción Adversa a Medicamento grave o seria:**  
Es aquella que:
  - Pone en peligro la vida o causa la muerte
  - Causa o prolonga la hospitalización
  - Causa incapacidad persistente o anomalía congénita
  - Produce abuso o dependencia
- **Reacción Adversa esperada:** Reacción adversa cuya naturaleza, gravedad, intensidad, especificidad o desenlace son coherentes con la información básica de seguridad del producto.
- **Reacción Adversa a Medicamento Inesperada:** Es aquella cuya naturaleza o intensidad no es consistente con la información local del registro sanitario o bien no es esperable por las características farmacológicas del medicamento. El elemento predominante en este caso es que el fenómeno es desconocido.
- **Relación riesgo/beneficio de un medicamento:** Es la relación entre el beneficio esperado y el riesgo documentado o esperado que puede derivarse de una intervención terapéutica determinada que involucre un medicamento.
- **Seguridad:** Característica de un medicamento que puede usarse con una probabilidad muy pequeña de causar efectos tóxicos injustificables.

|                                                                                   |                                        |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022<br>Versión : 04                              |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 6 de 19 |

## 5.- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

El tipo de farmacovigilancia que se llevará a cabo será de tipo pasivo, es decir, la notificación será espontánea por parte de quienes envíen la información de casos al Encargado de Farmacovigilancia y/o Director Técnico.

### 5.1.- CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- El Encargado/a de Farmacovigilancia es quien recopila las sospechas de RAM.
- Los medios de comunicación disponibles para realizar la recopilación de información:
  - Correo electrónico disponible en página web de ITF-Labomed.
  - Contacto telefónico al anexo del Encargado de FV y/o Dirección Técnico.
  - Correo electrónico del Encargado de FV y/o Dirección Técnico.
- Representantes médicos, profesionales de la salud y personas naturales podrán contactarse con el Encargado de FV para notificar ante él sospechas de RAM, eventos adversos o errores de medicación.

### 5.2.- NOTIFICACIÓN INTERNA DE LA INFORMACIÓN

- Toda sospecha de RAM recibida por el personal de la empresa ya sea vía fax, mail, teléfono o comunicación personal de un producto fabricado y/o distribuido por ITF-Labomed Ltda. deberá ser informado a la brevedad, hasta máximo un día, al Encargado de Farmacovigilancia y/o Director Técnico, indicando adicionalmente correo electrónico y número telefónico de contacto del paciente o profesional de la salud con el cual se atendió el paciente.
- Las sospechas provenientes de Notificaciones del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) deben ser informados del mismo modo por el Director Técnico al Encargado de Farmacovigilancia.
- Las notificaciones de sospechas de RAM dirigidas al Encargado de Farmacovigilancia deben incluir al menos la siguiente información: paciente identificable, descripción del caso y el medicamento sospechoso.



|                                                                                   |                                               |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS)</b> | Código : POS-DT-022                                                              |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                             | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 7 de 19 |

### 5.3.- REGISTRO DE LA RAM

(Formulario Reacción Adversa a Medicamento (RAM) F-DT-012)

- El Encargado de Farmacovigilancia deberá completar el Formulario de Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) (ver Anexo N° 1), lo siguiente:

#### 5.3.1.- Identificación del caso:

- N° del caso: el que corresponde a la siguiente estructura: XXX/YY, donde:  
XXX: número correlativo.  
YY: los 2 últimos dígitos del año.
- Nombre Notificador: Nombre de quien informa de la sospecha de RAM.
- Origen: Origen de la sospecha de RAM.
- Datos de contacto: Datos de contacto de quien informa la sospecha de RAM.
- Fecha de toma de conocimiento: Fecha en que se informa la sospecha de RAM.

#### 5.3.2.- Datos del Paciente:

- Iniciales: Inicial del nombre y apellido del paciente.
- Edad: Edad del paciente en años. Utilizar meses (M) si el paciente es menor de 1 año y días (D), si es menor de un mes.
- Sexo: Sexo del paciente.
- Peso: Peso del paciente en Kg. En caso de desconocer el peso indique un peso aproximado y entre paréntesis coloque "aprox."
- Talla: Talla o altura del paciente en cm.
- Pueblo originario: Pueblo indígena al que pertenece el paciente.
- Alergias: indicar alergias previas.
- Antecedentes Clínicos: Antecedente clínico relevantes del paciente, tales como patología de base, enfermedades concomitantes, exposición previa a los medicamentos, datos de análisis de laboratorio.

|                                                                                   |                                        |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                             |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene 2023<br>Página : 8 de 19 |

### 5.3.3.- Descripción del caso:

- Fecha inicio RAM: fecha de inicio de la RAM (dd/mm/aaaa). De no tener la fecha exacta, señale el mes y año de la ocurrencia.
- Duración RAM: duración de la RAM en minutos (min), horas (h), días, meses o años.
- Reacción: indicar que tipo de reacción corresponde la RAM.
- Clasificación: indicar la clasificación de la RAM.
- Descripción de RAM: describir detalladamente los signos y síntomas que puedan estar relacionados con la administración del medicamento sospechoso. Describir el evento resumiendo toda la información clínica relevante.
- Tratamiento de RAM: describir y señalar las medidas adoptadas frente el evento adverso.

### 5.3.4.- Información Medicamento(s):

- Medicamento Sospechoso: señalar el nombre completo del medicamento que se sospecha tiene relación la RAM, acompañado del nombre genérico y concentración
- Serie: señalar, si es posible, el número de serie o lote del medicamento sospechoso.
- Vía de Adm.: vía de administración del medicamento sospechoso.
- Dosis: dosis administrada y frecuencia de uso del medicamento sospechoso.
- Indicación: enfermedad o patología del paciente para la cual este medicamento fue prescrito.
- Tratamiento: indicar la fecha (dd/mm/aa) de inicio y término de la administración del medicamento sospechoso. Para los casos de menos de 24 horas, indicar fecha y hora.
- Readministración/Reaparición: indicar si el medicamento fue readministrado o no, de ser afirmativa la respuesta indicar si existió reaparición de la RAM y detallar esto en la descripción del caso (ver punto 5.3.3. apartado "Descripción de RAM")
- Medicamentos Concomitantes: indicar el uso de medicamentos concomitantes, incluyendo analgésicos, vitaminas, "productos naturales" y hierbas, recetados o automedicados, señalando nombre completo, dosis, vía de administración, indicación e intervalos de duración de cada medicamento. Si desconoce alguno de estos datos, indíquelo.



|                                                                                   |                                        |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022    |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04           |
|                                                                                   |                                        | Vigencia: 28 ENE. 2020 |
|                                                                                   |                                        | Vence: Ene. 2023       |
|                                                                                   |                                        | Página : 9 de 19       |

#### 5.3.5.- Causalidad:

Se determinará de acuerdo a los conceptos de la OMS-OPS (ver punto 4 “Definiciones”) y se reforzará con la aplicación del Algoritmo de Karch y Lasagna Modificado por Naranjo (Ver INS-018/01 Instructivo Evaluación de Causalidad)

- Marcar la causalidad de acuerdo al caso.
- Argumento: detallar el motivo de la selección de la causalidad.

#### 5.3.6.- Seguimiento:

- Marcar si aplica o no el seguimiento, de ser afirmativo indicar lo siguiente
- Fecha: fecha en que se realiza el seguimiento.
- Resultado: resultado del seguimiento.

#### 5.3.7.- Notificaciones al ISP:

- Marcar si aplica o no las notificaciones, de ser afirmativo indicar la fecha en que se realizar cada notificación de acuerdo al caso.

#### 5.3.8.- Conclusión

- Cierre del caso de reacción adversa a medicamento. Anotar cualquier observación ocurrida durante el proceso.
- Fecha y firma del Encargado de Farmacovigilancia y del Director Técnico.

### 5.4.- TIPOS DE CASOS

- RAM espontáneas y/o proveniente de la literatura
- Reportes relacionados con el mal uso y errores de medicación, si están asociados con sospechas de reacciones adversas.
- Situaciones de abuso o dependencia, cuando corresponde a un efecto no conocido previamente, o cumpla alguno de los criterios para ser calificado como grave.

|                                                                                   |                                        |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                               |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 10 de 19 |

- Uso de medicamentos durante el embarazo, lactancia o transmisión por la exposición del semen del padre, con seguimientos relevantes hasta el nacimiento o término del embarazo, el cual será clasificada como grave.
- Uso de medicamentos en la población infantil o tercera edad.
- Uso fuera de los términos de autorización de comercialización, incluidos los informes de sobredosis, abuso, uso fuera de lo etiquetado, mal uso y errores de medicación.
- Exposición laboral.
- Falta de eficacia en los siguientes medicamentos:
  - Pertenecientes a grupos farmacológicos expuestos a potencial desarrollo de resistencia: antimaláricos, antituberculosos, antirretrovirales.
  - Medicamentos cuya falta de eficacia represente un alto riesgo de daño para el paciente: quimioterapéuticos, terapia anticoagulante, anticonvulsionantes, inmunomoduladores, anestésicos generales y anestésicos locales.
  - Medicamentos de impacto en la opinión pública: vacunas, anticonceptivos y otros tratamientos hormonales.
  - Medicamentos biotecnológicos.
  - Otros medicamentos que determine la agencia reguladora.
  - Casos de intoxicación aguda o crónica.
- Datos relacionados a sospechas de transmisiones de un agente infeccioso mediante un medicamento.
- Sospechas de RAM relacionadas con un defecto de calidad o falsificados.
- Informes que hacen regencia a demandas colectivas.
- Informes de los programas de apoyo a pacientes y programas de investigación de mercado.
- Información o sospecha de reacciones adversas obtenida desde Internet bajo la administración o la responsabilidad de la compañía.

## 5.5.- INVESTIGACIÓN DEL CASO

- a) El Encargado de Farmacovigilancia deberá contactarse con el paciente o médico tratante y recopilar la información mínima necesaria para realizar la Notificación de la sospecha de RAM al Centro de Farmacovigilancia (ver punto 5.5), la cual contempla:



|                                                                                   |                                        |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                               |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 11 de 19 |

- Paciente individualizable: se indique al menos uno de los siguientes puntos: iniciales, sexo, edad o característica de rango de edad como "Adulto mayor" o "paciente pediátrico"
  - Medicamento sospechoso y la fecha de inicio y/o término de su administración.
  - Descripción de la sospecha de RAM y su fecha de inicio.
  - Información del notificador.
- b) Se deberá realizar un máximo de 3 intentos para contactarse con el paciente o médico tratante, si no es posible recopilar toda la información el caso queda cerrado. Los intentos de contacto deberán quedar registrados en el punto 6 "SEGUIMIENTO" del Formulario de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) (F-DT-012).
- c) El Encargado de Farmacovigilancia deberá revisar la literatura médica y científica pertinente para determinar la causalidad del caso y dejar registrado en el punto 5 "CASUALIDAD" del Formulario de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) (F-DT-012).
- d) De ser necesario el Encargado de Farmacovigilancia podrá solicitar al Centro de Información de Medicamentos (CIM) del Sub-Departamento de Farmacovigilancia del ISP información sobre tópicos tales como compatibilidad y estabilidad, eficacia y seguridad, información farmacológica, reacciones adversas, referencias bibliográficas y reglamentación de farmacovigilancia, entre otros; a través de correo electrónico a [infomedicamentos@ispch.cl](mailto:infomedicamentos@ispch.cl) mediante el "Formulario de Solicitud de Información de Medicamentos y Farmacovigilancia", disponible en la página web del ISP en <http://www.ispch.cl/anamed/farmacovigilancia/informacion>.
- e) En caso de ser productos de Licenciantes, el Encargado de Farmacovigilancia podrá solicitar mayor información de acuerdo a lo estipulado en los Acuerdos de Farmacovigilancia de cada licenciante.
- f) De acuerdo al caso el Encargado de Farmacovigilancia debe realizar tantos seguimientos como sean necesarios hasta la recuperación completa del paciente ante la RAM, y dejar registro en el punto 6 "SEGUIMIENTO" del Formulario de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) (F-DT-012). La frecuencia de los seguimientos dependerá de la severidad de cada caso en particular, la cual podrá ser diaria, semanal o mensual.
- g) Si el caso se encuentra clasificado como una posible falta de eficacia o fallo terapéutica, el Encargado de FV deberá aplicar el Check List recomendado por el ISP (Disponible en la página web: [http://www.ispch.cl/anamed/denuncias\\_calidad/check](http://www.ispch.cl/anamed/denuncias_calidad/check) Ver Anexo N° 7), solicitando los

|                                                                                   |                                        |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022     |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04            |
|                                                                                   |                                        | Vigencia : 28 ENE. 2020 |
|                                                                                   |                                        | Vence : Ene 2023        |
|                                                                                   |                                        | Página : 12 de 19       |

antecedentes indicados al paciente o notificador e informar el caso a Aseguramiento de Calidad como reclamo por problema de calidad (Ver POS-AC-003 “Manejo de Reclamos”).

- h) Si el caso está derivado por un problema de calidad, el Encargado de FV deberá solicitar a Aseguramiento de Calidad, en 45 días desde la notificación del reclamo, el informe final de la investigación del reclamo.
- i) El Encargado de Farmacovigilancia deberá, de acuerdo con el caso, realizar las respectivas notificaciones al ISP (ver punto 5.6), lo cual deberá dejar registro en el punto 7 “NOTIFICACIONES AL ISP” del Formulario de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) (F-DT-012).
- j) Una vez recuperado el paciente ante la RAM y determinadas las causas e implicancias del caso, el Encargado de Farmacovigilancia deberá cerrar el documento, realizando cualquier acotación que crea pertinente en el punto 8 “CONCLUSIÓN” del Formulario de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) (F-DT-012) y consignando la firma y fecha de cierre en el mismo Formulario.
- k) Todo caso deberá quedar registrado en el Registro General de RAM (Ver anexo N° 2), así no cumpla con los datos mínimos de notificación al ISP o licenciantes.

## 5.6.- NOTIFICACIÓN DESDE ITF-LABOMED AL CENTRO DE FARMACOVIGILANCIA

De acuerdo a la información recopilada en el Formulario de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) (F-DT-12) el Encargado de Farmacovigilancia deberá realizar las respectivas notificaciones siguiendo los siguientes lineamientos:

- a) Los formatos autorizados para realizar las notificaciones de las sospechas de RAM son:
  - Formulario Electrónico para Notificación de Reacciones Adversas (Sistema RED-RAM) disponible en: <http://sistemared-ram.ispch.gob.cl/farmacovigilancia/Login.aspx> (Ver Manual del Usuario Sistema RED-RAM, punto “Ingreso de Notificaciones”)
  - En caso de falla del Sistema RED-RAM se deberá completar de forma manual el Formulario de Notificación de Reacciones Adversas (Anexo N° 3)
- b) Todas las notificaciones de sospechas de RAM deben realizarse siempre en idioma español.
- c) Los plazos para el envío de Notificaciones de Reacciones Adversas son:



|                                                                                   |                                        |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022     |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04            |
|                                                                                   |                                        | Vigencia : 28 ENE. 2020 |
|                                                                                   |                                        | Vence : Ene. 2023       |
|                                                                                   |                                        | Página : 13 de 19       |

- Para el envío de las Notificaciones de Reacciones Adversas graves o serias inesperadas o que sean relacionadas al uso de medicamentos de reciente comercialización (menos de 5 años en el mercado nacional) es de **15 días calendario** de acuerdo a su toma de conocimiento.
  - Para todas las otras reacciones adversas que no son serias y son esperadas el plazo es de **30 días calendario**, las cuales deberán notificarse los 5 primeros días hábiles del mes siguiente al que se produjo de forma acumulada.
  - En caso de que no se detecten RAM también deben notificarse al ISP los primeros 5 días hábiles de cada mes.
- d) El medio principal para envío de notificaciones de sospechas de RAM al Centro de Farmacovigilancia es a través del Sistema RED-RAM, como se indica en el punto “Ingreso de Notificaciones” del Manual de Usuario Sistema RED-RAM
- e) En caso de falla del Sistema RED-RAM se deberá enviar el formulario manual por los siguientes medios:
- A través de mail, como archivo adjunto, al correo electrónico [cenimef@ispch.cl](mailto:cenimef@ispch.cl)
  - A través de oficina de partes, a la dirección Avda. Marathon 1000 Ñuñoa, Santiago, dirigido al subdepartamento Farmacovigilancia.
  - A través de fax +56 2 25689669.
- f) Los seguimientos de sospechas de RAM se deberán notificar como se indica en el punto “Seguimiento de Caso” del Manual de Usuario Sistema RED-RAM. En el caso de falla del sistema se deberán enviar a través del formulario manual, describiendo en el apartado de descripción de la RAM:
- La fecha de reporte inicial.
  - Marcar con una X, la casilla correspondiente a “seguimiento” en el formato de notificación, en la sección de datos de informador

## 5.7.- MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN

- a) Toda la información referente al paciente como nombre y datos de contacto serán confidenciales, sólo el Responsable y/o el Encargado de Farmacovigilancia podrán hacer uso de esta información exclusivamente para la investigación y seguimiento del caso.



|                                                                                   |                                        |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                               |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 14 de 19 |

- b) Todo correo recibido referente al caso deberá guardarse en formato PDF y en físico, dejando ilegible datos confidenciales.
- c) Se deberá guardar, en formato PDF y en físico, todo correo que evidencie la entrega y/o recepción del caso, tanto para licenciantes como para el ISP.
- d) El Registro General de RAM tendrá solo acceso el Director Técnico y el Encargado de Farmacovigilancia, para realizar las reconciliaciones necesarias y evitar la duplicidad de casos.
- e) El formulario de sospecha de RAM es solo de uso interno para mantener registro de los casos y la generación de formularios de notificación cuando sean necesarios.
- f) La información recibida y los formularios generados, bien sea interno o externo, será almacenado en la base de datos de Farmacovigilancia de ITF-Labomed, física y digitalmente, en donde tendrán acceso sólo el Director Técnico y el Encargado de Farmacovigilancia.

## 5.8.- RECONCILIACIONES

- a) Aseguramiento de la Calidad deberá entregar un resumen de reclamos recibidos durante el mes anterior, los primeros 4 días del mes en caso de haber derivado algún caso proveniente de reclamo (Ver POS-AC-003 “Manejo de Reclamos”) y en caso contrario se dará un plazo de hasta el día 10 del mes. Se dejará registro en el formato F-DT-013 “Registro de sospechas de RAM provenientes de reclamos” (Ver anexo 4).

En caso de identificar algún reclamo con sospecha de RAM sin enviar por parte de Aseguramiento, se deberá solicitar toda la información pertinente para la investigación y notificación del caso.

- b) Marketing deberá entregar los primeros 4 días del mes un resumen de consultas recibidas a través de la página web durante el mes anterior. En caso de identificar alguna consulta asociada a una sospecha de RAM que no haya sido informada a DT, se deberá solicitar la información pertinente para la investigación y notificación del caso.
- c) Durante los primeros 5 días del mes el Encargado de Farmacovigilancia deberá preparar y enviar vía mail al Centro Nacional de Información de Medicamentos y Farmacovigilancia (CENIMEF) la estadística de farmacovigilancia del mes anterior, donde se indique la cantidad de sospechas de RAM notificadas al ISP, completando el archivo “Comunicación mensual sospechas de RAM ITF-Labomed” (Ver anexo 5). Adicionalmente se deberá adjuntar al mail un

|                                                                                   |                                               |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS)</b> | Código : POS-DT-022                                                               |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                             | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 15 de 19 |

resumen de los casos enviados por el sistema RED-RAM, el cual se descarga en formato Excel siguiendo las indicaciones del Manual de Usuarios punto “Búsqueda de RAM enviadas a ANAMED”.

- d) El Encargado de Farmacovigilancia deberá realizar las reconciliaciones en los tiempos y formatos estipulados por cada proveedor o licenciante, de acuerdo con lo indicado en el Listado LMIFV “Listado de Manejo de Información Farmacovigilancia”
- e) El Responsable de FV deberá mensualmente monitorear las notificaciones realizadas y su efectividad de acuerdo con el registro general de RAM, aplicando el Indicador clave de rendimiento o KPI de Notificaciones de FV. Si dentro del monitoreo se detecta que alguna notificación no se realizó o no se efectuó dentro de los plazos establecidos se deberá enviar el desvío correspondiente a Aseguramiento de Calidad de acuerdo con el POS- AC-013 “Manejo de Desviaciones”.

## 5.9.- CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

- a) Al menos una (1) vez al año el Encargado de Farmacovigilancia en conjunto con el Director Técnico realizarán capacitaciones al personal involucrado en la notificación de reacciones adversas.
- b) La capacitación se realiza según lo estipulado en el POS-AC-009 “Capacitación del Personal”, aplicando una evaluación por Resultado.
- c) Todo personal nuevo se les realizará una inducción dejando registro en el F-AC-095 “Formulario Ingreso Capacitación Personal Nuevo”

## 5.10.- RETIRO DE LOS PRODUCTOS

- a) En casos de que se compruebe que algún producto de uso humano tenga consecuencias de reacciones serias o graves, evaluando previamente el riesgo/beneficio o en casos de que la Legislación Nacional (mediante resolución) así lo determine se realizará el retiro del mercado del producto en particular.
- b) El retiro del mercado se realizará según se estipula en el POS-AC-014.



|                                                                                   |                                        |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022<br>Versión : 04                               |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 16 de 19 |

### 5.11.- PROVEEDORES Y LICENCIANTES

Se deberá cumplir con los siguientes requerimientos, a menos que se indique lo contrario en los contratos vigentes con cada proveedor o licenciante:

- El seguimiento de farmacovigilancia se realizará a todos los productos que se tenga convenio con el licenciante (Ver LAFV “Listado Acuerdos Farmacovigilancia”).
- La información que se maneje no deberá ser intercambiada por una tercera parte a no ser que se trate del traspaso de información a las autoridades internacionales y/o locales.
- Se dejará registro de todo caso enviado por el licenciante a ITF-Labomed en el “Registro General de Casos de RAM” (ver anexo N° 2)
- En casos ocurridos en Chile enviados por el licenciante a ITF-Labomed, se le asignará un número de caso local, el cual deberá ser enviado al licenciante en un plazo máximo de 2 días hábiles. Se deberá realizar el procedimiento desde el punto 5.3 al 5.6, solicitando al licenciante mayor información de ser necesario. Se deberá informar al licenciante la confirmación de notificación del caso al ISP mediante el envío del formulario correspondiente.
- El envío de la información se realiza por e-mail.
- Los siguientes puntos quedarán estipulados de acuerdo a cada contrato (ver LMIFV “Listado de Manejo de Información Farmacovigilancia”)
  - Formato de envío de la información.
  - Idioma de las notificaciones que se envíen al licenciante.
  - Plazos de envío de casos y/o seguimientos de acuerdo a su clasificación
  - Plazos de acuso de recibo de información
  - Frecuencia y plazos de reconciliación de casos
  - E-mail de contacto

### 6.- REFERENCIAS:

- 1) Decreto Supremo No. 3 de 2010 del Ministerio de Salud. Aprueba el Reglamento del Sistema nacional de Control de Productos Farmacéuticos de uso Humano.

|                                                                                   |                                               |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS)</b> | Código : POS-DT-022                                                               |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                             | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene. 2023<br>Página : 17 de 19 |

- 2) Norma General Técnica N° 140 del Ministerio de Salud sobre Sistema Nacional de Farmacovigilancia de Productos Farmacéuticos de uso Humano, que permite fortalecer la vigilancia de la seguridad de los medicamentos, estableciendo, en forma mas especifica, a quienes les corresponde participar en las actividades de la Farmacovigilancia y cuáles son las acciones que ellos deben realizar.
- 3) Resolución Exenta N°1287 de 2012 del Instituto de Salud pública; Modifica los plazo para presentar ante el ISP las sospechas de reacciones adversas para los titulares de registro sanitario.
- 4) Curso de Farmacovigilancia, Warckeling Capacitación, Organismo de capacitación certificado bajo la norma Nch2728 e ISO 9001:2008.
- 5) Manual de Usuario Sistema RED-RAM
- 6) Nota Informativa de Farmacovigilancia del 21/07/2015: La falta de Eficacia puede tener su origen en situaciones propias del paciente, del medicamento o de los procesos de administración. Caso Noradrenalina como ejemplo.

## 7.- LISTA DE DISTRIBUCIÓN

- Gerencia Comercial.
- Gerente de Ventas.
- Gerentes de Divisiones.
- Gerencia de Asuntos regulatorios.
- Gerencia Industrial
- Aseguramiento de la Calidad.
- Dirección Técnica.

## 8.- ANEXOS

| N° | CÓDIGO   | NOMBRE DEL DOCUMENTO                                                                    |
|----|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | F-DT-012 | Formulario de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)                                  |
| 2  |          | Registro General de RAM                                                                 |
| 3  |          | Formato Formulario de Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) |



|                                                                                   |                                        |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022     |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04            |
|                                                                                   |                                        | Vigencia : 28 ENE. 2020 |
|                                                                                   |                                        | Vence : Ene. 2023       |
|                                                                                   |                                        | Página : 18 de 19       |

|   |          |                                                                                                              |
|---|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | F-DT-013 | Registro de sospechas de RAM provenientes de reclamos                                                        |
| 5 |          | Comunicación mensual sospechas de RAM ITF-Labomed                                                            |
| 6 |          | Formato CIOMS-I                                                                                              |
| 7 |          | Checklist factores importantes a tomar en consideración en reportes de falta de eficacia o fallo terapéutico |

## 9.- HISTORIAL

| VERSIÓN | FECHA      | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01      | 26/11/2014 | Creación del documento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 02      | 17/11/2017 | <p>Se incorpora el alcance de la responsabilidad a todo el personal. Se incorporan frases "Es responsabilidad de..." (punto 3 Responsabilidades)</p> <p>Se incluye dentro de las definiciones: causalidad cierta, causalidad probable o muy probable, causalidad posible.</p> <p>Se modifica notificación interna de la información (punto 5.2) por incorporación de Formulario de RAM (F-DT-012/01 "Formulario Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)").</p> <p>Se incluye registro de la RAM, investigación del caso, manejo de la documentación, reconciliaciones (punto 5.3, 5.4, 5.6 y 5.7 respectivamente).</p> <p>Se suprime información de notificación desde ITF-Labomed al Centro de Farmacovigilancia por incorporación de Formulario de RAM.</p> <p>Se incorporan nuevos proveedores y licenciantes (punto 5.10)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03      | 07/12/2017 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se incluye definición de Causalidad improbable.</li> <li>- Punto 5.2: Se incluye plazo de notificación interna "hasta máximo un día", se elimina necesidad de informar empleando el formato de Formulario de RAM, limitándose a la información a informar solo a "paciente identificable, descripción del caso y el medicamento sospechoso". Descripción de los puntos N° 1 al 4 del Formulario RAM se incluye en el punto 5.3 "Registro de la RAM".</li> <li>- Punto 5.3.5 "Causalidad": se incluye INS-018 "Instructivo Evaluación de Causalidad"</li> <li>- Se incluye nuevo punto 5.4 "Tipos de Casos"</li> <li>- Punto 5.5 "Investigación del caso": se incluye qué se considera "paciente individualizable". Se determina cantidad de intentos para realizar los intentos de contacto para búsqueda de información mínima. Se incluye "Registro General de RAM".</li> <li>- Punto 5.6 "Notificación al centro de FV": Se suprime información de tipo de notificaciones, ya que se incluye en el punto 5.4 "tipos de casos". Se incluye Sistema RED-RAM como principal medio de notificación.</li> <li>- Punto 5.7 "Manejo de la documentación": se especifican documentos y</li> </ul> |

|                                                                                   |                                        |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POS) | Código : POS-DT-022                                                              |
|                                                                                   | FARMACOVIGILANCIA                      | Versión : 04<br>Vigencia : 28 ENE. 2020<br>Vence : Ene 2023<br>Página : 19 de 19 |

|    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |            | formatos para ser archivados.<br>- Punto 5.8 “Reconciliaciones”: se incluye “Registro de sospecha de RAM provenientes de reclamos” y plazos de envío de resumen de reclamos por parte de Aseguramiento de la Calidad. Se incluye anexo de formato de “comunicación mensual sospechas de RAM ITF-Labomed” para ser enviadas al ISP, junto con resumen de casos enviados por medio del Sistema RED-RAM. Se incluye “Listado de Manejo de Información Farmacovigilancia”<br>- Punto 5.9 “Capacitación del personal”: se incluye inducción inicial para todo nuevo personal.<br>- Punto 5.11 “Proveedores y Licenciantes”: se eliminan todos los licenciantes y se determinan lineamientos generales en base a los acuerdos (Listado de Manejo de Información). Se incluye manejo de casos enviados ocurridos en Chile. |
| 04 | 28/01/2020 | Se incluye en responsabilidades del Director Técnico el monitoreo por medio de KPI de notificaciones de FV<br>Se incluye dentro del punto 5.5 Investigación del caso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar Check list por posible falta de eficacia</li> <li>- Solicitud de informe final de investigación de reclamo por problema de calidad</li> </ul> Se incluye en el punto 5.8 Reconciliaciones: solicitud de conciliación mensual de consultar a Marketing y monitoreo mensual de las notificaciones con la aplicación del KPI correspondiente y el envío de desvío a Aseguramiento en caso de que aplique.<br>Se actualizan anexos                                                                                                                                                               |





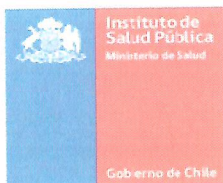
|  <b>ITF-LABOMED</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>FORMULARIO REACCIONES ADVERSAS A<br/>MEDICAMENTOS (RAM)</b><br><b>CASO N°:</b> _____ | Página: 1 de 2 |          |                 |             |              |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|-----------------|-------------|--------------|------------|-------------|--------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>1. NOTIFICACIÓN INTERNA</b><br>Nombre Notificador : _____ Origen : Representante Médico : <input type="checkbox"/><br>Datos de Contacto : Correo electrónico : _____ Profesional de la salud : <input type="checkbox"/><br>Telefonos : _____ Persona Natural : <input type="checkbox"/><br>Fecha de Toma de Conocimiento : ____ / ____ / ____ Otro : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                |          |                 |             |              |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |
| <b>2. DATOS DEL PACIENTE</b><br>Iniciales : _____ Edad : _____ Sexo : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Peso : _____ Kg Talla : _____ cm<br>Pueblo originario : _____ Alergias : _____<br>Antecedente Clínicos : _____<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                         |                |          |                 |             |              |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |
| <b>3. DESCRIPCIÓN DEL CASO</b><br>Fecha Inicio RAM : ____ / ____ / ____ Duración RAM : _____<br>Reacción : Seria <input type="checkbox"/> No Seria <input type="checkbox"/><br>Esperada <input type="checkbox"/> Inesperada <input type="checkbox"/><br>Clasificación : Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Incidental <input type="checkbox"/><br>Descripción de RAM : _____<br><div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> Tratamiento de RAM : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                         |                |          |                 |             |              |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |
| <b>4. INFORMACIÓN MEDICAMENTO( S)</b><br>Medicamento Sospechoso : _____ Serie : _____<br>Vía de Adm. : _____ Dosis : _____<br>Indicación : _____<br>Tratamiento : Inicio : _____ Terminó : _____<br>Readministración : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Reaparición RAM : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Medicamentos Concomitantes : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">N°</th> <th style="width: 35%;">NOMBRE PRODUCTO</th> <th style="width: 15%;">DOSIS</th> <th style="width: 15%;">VIA ADM.</th> <th style="width: 15%;">INDICACIÓN</th> <th style="width: 10%;">INICIO TTO.</th> <th style="width: 10%;">TERMINO TTO.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                         |                | N°       | NOMBRE PRODUCTO | DOSIS       | VIA ADM.     | INDICACIÓN | INICIO TTO. | TERMINO TTO. | 1 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 2 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 3 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NOMBRE PRODUCTO                                                                         | DOSIS          | VIA ADM. | INDICACIÓN      | INICIO TTO. | TERMINO TTO. |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                                                                   | _____          | _____    | _____           | _____       | _____        |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                                                                   | _____          | _____    | _____           | _____       | _____        |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                                                                   | _____          | _____    | _____           | _____       | _____        |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |
| <b>5. CAUSALIDAD</b><br>Cierta <input type="checkbox"/> Probable o Muy Poco Probable <input type="checkbox"/> Posible <input type="checkbox"/> Improbable <input type="checkbox"/> No clasificada <input type="checkbox"/><br>Argumento : _____<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                |          |                 |             |              |            |             |              |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |   |       |       |       |       |       |       |

F-DT-012/03



F-AC-042/02





**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)**  
(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES)  
Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar "desconocido"

[illegible]



|                                                                                   |                                                                        |         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
|  | RECONCILIACIÓN DE SOSPECHAS DE RAM PROVENIENTES DE OTROS DEPARTAMENTOS |         |        |
| MES                                                                               | :                                                                      | PÁGINA: | 1 de 1 |

| N° Reclamo o Consulta | Nombre del Producto | Serie | Fecha toma de conocimiento | N° Formulario RAM |
|-----------------------|---------------------|-------|----------------------------|-------------------|
|                       |                     |       |                            |                   |

Observación: (Se adjunta Listado de Reclamos emitido por Aseguramiento de Calidad y Listado de Consultas emitido por Marketing del mes correspondiente).

|                                                        |                                                         |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Realizado por Encargado de Farmacovigilancia<br>Firma: | Aprobado por Responsable de Farmacovigilancia<br>Firma: |
| <br><br><br>                                           | <br><br><br>                                            |

F-DT-013/03

|       |                  |
|-------|------------------|
| Desde | 01 de Mes de año |
| Hasta | 31 de Mes de año |

|        |                                                                                                                                               |  |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ITEM 1 | N° de sospechas de RAM serias, inesperadas, o de productos con menos de 5 años de comercialización, notificadas al ISP                        |  |
| ITEM 2 | N° de sospechas de RAM recibidas que no cumplen ninguno de los criterios anteriores (las notificaciones deben enviarse junto con este resumen |  |

## CIOMS FORM

|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SUSPECT ADVERSE REACTION REPORT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## I. REACTION INFORMATION

| 1. PATIENT INITIALS<br>(first, last)                            | 1a. COUNTRY | 2. DATE OF BIRTH |       |      | 2a. AGE | 3. SEX | 4-6 REACTION ONSET |       |      | 8-12 CHECK ALL<br>APPROPRIATE<br>TO ADVERSE<br>REACTION                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-------|------|---------|--------|--------------------|-------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 |             | Day              | Month | Year | Years   |        | Day                | Month | Year |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 7 + 13 DESCRIBE REACTION(S) (including relevant tests/lab data) |             |                  |       |      |         |        |                    |       |      | <input type="checkbox"/> PATIENT DIED<br><input type="checkbox"/> INVOLVED OR PROLONGED INPATIENT HOSPITALISATION<br><input type="checkbox"/> INVOLVED PERSISTENCE OR SIGNIFICANT DISABILITY OR INCAPACITY<br><input type="checkbox"/> LIFE THREATENING |

## II. SUSPECT DRUG(S) INFORMATION

|                                            |                                |                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. SUSPECT DRUG(S) (include generic name) |                                | 20 DID REACTION ABATE AFTER STOPPING DRUG?<br><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA      |
| 15. DAILY DOSE(S)                          | 16. ROUTE(S) OF ADMINISTRATION | 21. DID REACTION REAPPEAR AFTER REINTRODUCTION?<br><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA |
| 17. INDICATION(S) FOR USE                  |                                |                                                                                                                                         |
| 18. THERAPY DATES (from/to)                | 19. THERAPY DURATION           |                                                                                                                                         |

## III. CONCOMITANT DRUG(S) AND HISTORY

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22. CONCOMITANT DRUG(S) AND DATES OF ADMINISTRATION (exclude those used to treat reaction)          |
| 23. OTHER RELEVANT HISTORY (e.g. diagnostics, allergics, pregnancy with last month of period, etc.) |

## IV. MANUFACTURER INFORMATION

|                                       |                                                                                                                                          |  |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 24a. NAME AND ADDRESS OF MANUFACTURER |                                                                                                                                          |  |
|                                       | 24b. MFR CONTROL NO.                                                                                                                     |  |
| 24c. DATE RECEIVED BY MANUFACTURER    | 24d. REPORT SOURCE<br><input type="checkbox"/> STUDY <input type="checkbox"/> LITERATURE<br><input type="checkbox"/> HEALTH PROFESSIONAL |  |
| DATE OF THIS REPORT                   | 25a. REPORT TYPE<br><input type="checkbox"/> INITIAL <input type="checkbox"/> FOLLOWUP                                                   |  |



**CHECKLIST: FACTORES IMPORTANTES A TOMAR EN CONSIDERACIÓN EN REPORTES DE FALTA DE EFICACIA O FALLO TERAPEUTICO**

1. Características o condiciones del paciente que puedan alterar la absorción, distribución, metabolismo o excreción del fármaco

| <i>Factores</i>                     | <i>Ejemplos de datos específicos relevantes y/o comentarios</i>                                                                                                                                                                                     | <i>Se realizó búsqueda de información</i> |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Edad                                | Edad, especialmente relevante si es muy temprana o muy avanzada (Considerar meses, días en pacientes pediátricos y edad corregida en pacientes prematuros).                                                                                         |                                           |
| Sexo                                | Puede ser un factor relevante en los procesos de absorción y distribución de ciertos medicamentos. La mayor cantidad de grasa corporal en las mujeres puede incrementar los volúmenes de distribución de las drogas lipofílicas.                    |                                           |
| Etnia                               | Considerar polimorfismos genéticos y tipo de metabolizador según raza o etnia (lento, intermedio, rápido, ultrarrápido)                                                                                                                             |                                           |
| Peso                                | Grado de obesidad o tipo de desnutrición (calórica, proteica, mixta). En pacientes pediátricos considerar peso y estado nutricional según edad y estatura (P/E, P/T)                                                                                |                                           |
| Alteraciones de la función hepática | Exámenes de enzimas hepáticas, grado de alteración según clasificación de Child-Pugh                                                                                                                                                                |                                           |
| Alteraciones de la función renal    | Clearance de creatinina, creatininemia, tipo de diálisis (hemofiltración, hemodiálisis, peritoneal)                                                                                                                                                 |                                           |
| Embarazo                            | Si aplica, semana de embarazo en la que inició el tratamiento y fecha aproximada en la que se presentó la falta de eficacia reportada                                                                                                               |                                           |
| Cuadros patológicos del paciente    | Edema, deshidratación, quemaduras (grado y porcentaje de superficie corporal afectada), enfermedades gastrointestinales crónicas y agudas, infecciones agudas, hipoalbuminemia, alteraciones de la absorción, vómitos, diarrea, enfermedad celiaca. |                                           |
| Alergias                            | Alergia a medicamentos, alimentos u otras sustancias. (ej: alergia a antibióticos betalactámicos o alergias alimentarias a huevo, maní, plátanos, pescados, mariscos, etc.)                                                                         |                                           |
| Hábitos                             | Tabaquismo, consumo de alcohol, drogas de abuso u otras sustancias que pudieran alterar la respuesta terapéutica. Antecedentes de consumo de drogas y/o medicamentos por parte de la madre de un paciente pediátrico.                               |                                           |

|                    |                                                                                                                                                                                                     |  |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Otros antecedentes | Cirugía de resección gástrica o duodenal, marcadores genéticos que indiquen alteraciones en la respuesta del paciente al fármaco, hospitalizaciones recientes (considerar días de hospitalización). |  |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## 2. Indicación del medicamento

| <b>Factores</b> | <b>Ejemplos de datos específicos relevantes y/o comentarios</b>                                                                                                                            | <b>Se realizó búsqueda de información</b> |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Indicación      | Motivo de indicación (considerar si el medicamento fue prescrito por un profesional habilitado o fue automedicación), tomar en cuenta que la indicación debe estar descrita en el folleto. |                                           |
| Dosis           | Dosis administrada, esquema de administración (ej. 2 veces al día, cada 6 horas), ajustes de dosis realizados.                                                                             |                                           |

## 3. Administración del medicamento

| <b>Factores</b>                                      | <b>Ejemplos de datos específicos relevantes y/o comentarios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Se realizó búsqueda de información</b> |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Forma farmacéutica y vía de administración utilizada | Forma farmacéutica y vía de administración adecuada (ej. Intravenosa, oral, por sonda nasogástrica), si se realizó capacitación (en el caso de fármacos que requieren de capacitación para su administración).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |
| Momento y Duración de la administración              | Duración de la administración. Se administró justo antes o después de otros medicamentos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |
| Esquema de las administraciones                      | Intervalo de tiempo entre una administración y la siguiente (ej. 2 veces al día, cada 6 horas), fechas de inicio y de término, en caso que se haya suspendido el tratamiento, velocidad de administración. Para el caso de administraciones intravenosas, es importante tener información sobre si se utilizaron esquemas de infusión continua, intermitente o en bolo. También es importante señalar si se utilizaron esquemas basados en la medición de concentraciones plasmáticas de medicamentos, e incluir los valores de las mediciones que se hayan realizado. |                                           |
| Preparación del medicamento antes de administrarlo   | Si el medicamento fue triturado o diluido y, en este último caso, si se hizo con los diluyentes adecuados. Estabilidad de la dilución y tiempo aproximado transcurrido entre la preparación de la dilución y su administración.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |
| Por vía oral o enteral, líquidos con los que se      | Si el paciente toma el medicamento con agua, con jugo de fruta natural o artificial, leche, bebidas gasificadas, nutrición enteral o sin líquidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |

|                           |    |                                                                                                                                                                                                      |  |
|---------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| administró el medicamento | al |                                                                                                                                                                                                      |  |
| Adherencia tratamiento    | al | Especialmente relevante si el paciente tiene baja adherencia, determinada ya sea por experiencia(s) previa(s) con el equipo médico o por cuestionarios especializados, como el de Morisky o el SMAQ. |  |

4. Medicamentos u otras sustancias que recibió el paciente además de al que se reporta falta de eficacia (concomitantes)

| Factores                                                       | Ejemplos de datos específicos relevantes y/o comentarios                                                                                                                                                                                                                 | Se realizó búsqueda de información |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Medicamentos u otras sustancias concomitantes                  | Considerar medicamentos, alimentos, hierbas tales como Gingseng o Hierba de San Juan, suplementos alimenticios, drogas de abuso, alcohol, tabaco, etc. Es importante también saber si el paciente ha realizado cambios drásticos en su dieta habitual.                   |                                    |
| Motivo de indicación y dosis de los medicamentos concomitantes | Permite identificar interacciones y otros factores patológicos que pudiesen intervenir en la respuesta terapéutica                                                                                                                                                       |                                    |
| Vía de administración de concomitantes                         | Por ejemplo, en el caso de inyectables por infusión, si se diluyeron en la misma bolsa de infusión o si se administró por empalme con conector en Y                                                                                                                      |                                    |
| Esquema de administración                                      | Fecha de inicio de cada uno de los medicamentos concomitantes, y fecha de término de los que se suspendieron. Si no se cuenta con la fecha exacta, también es valioso señalar el mes o año. Intervalo entre una dosis y la siguiente (ej. 2 veces al día, cada 6 horas). |                                    |

5. Condiciones de almacenamiento, distribución, dispensación y administración del medicamento

| Factores                          | Ejemplos de datos específicos relevantes y/o comentarios                                                                                                                    | Se realizó búsqueda de información |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Temperatura, humedad, iluminación | Si el lugar de almacenamiento tiene control de humedad y temperatura, si el fármaco se almacenó protegido de la luz y si se administró con alguna protección en particular. |                                    |
| Cadena de frío                    | Si se tiene documentada la presencia o ausencia de algún quiebre en la cadena de frío.                                                                                      |                                    |



|             |                                                                                                                                                                              |  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Estabilidad | Periodo de estabilidad de las diluciones a administrar, y las condiciones en las que se estableció este periodo (ej. protegido de la luz, en un rango de temperaturas dado). |  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## 6. Otros antecedentes

| <i>Factores</i>      | <i>Ejemplos de datos específicos relevantes y/o comentarios</i>                                                                                                                                                                                              | <i>Se realizó búsqueda de información</i> |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Problemas de calidad | Si a simple vista se observa un posible problema de calidad. Por ejemplo, precipitado o turbidez inesperada de la solución, color u olor del medicamento distinto del usual, comprimido frágil. Considerar antecedentes de denuncia de calidad del producto. |                                           |

