

**FORMULARIO PARA SEGUIMIENTO EVENTO ADVERSO DE CAIDAS**  
**LUTAMID 40 (ENZALUTAMIDA 40 mg cápsulas)**

Evento No.:

**1. Detalles de los pacientes:**

Iniciales del paciente		
Edad/Fecha de nacimiento		día/mes/año (DD-MMM-AAAA)
Género	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Peso	_____ kg	
Altura	_____ cm	
<p><i>Gracias por comunicar el informe inicial relacionado con la caída durante el uso de LUTAMID 40 - ENZALUTAMIDA.</i></p> <p><i>Con este cuestionario, nos gustaría solicitar información específica de seguimiento, con el fin de realizar una mejor evaluación científica del caso</i></p>		
<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EVENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Hemorragia/Hematoma	<input type="checkbox"/> Shock	
<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Esguince/Distensión	
<input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefálico	<input type="checkbox"/> Hinchazón	
<input type="checkbox"/> Otras lesiones locales/sistémicas	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Dolor		
<b>CONDICIONES SUBYACENTES/FACTORES DE RIESGO</b>		
<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol antes de la caída: _____	<input type="checkbox"/> Condición médica que predispone a la caída	
<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Dolor musculoesquelético	
<input type="checkbox"/> Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Consumo de estupefacientes antes de la caída	
<input type="checkbox"/> Mareos/Vértigo	<input type="checkbox"/> Presíncope/Síncope	
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Convulsión	
<input type="checkbox"/> Historia de otras caídas en el último año	<input type="checkbox"/> Marcha inestable	
<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Posible interacción medicamentosa	
<input type="checkbox"/> Anomalía de la extremidad/pie	<input type="checkbox"/> Fumar	
<input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Problemas articulares conocidos (dolor articular, funcionamiento no óptimo de cierta articulación, artritis, prótesis de rodilla y cadera): _____		

**PGR LUTAMID 40\_v1/Junio2025**
**1.8.3 FORMULARIO PARA SEGUIMIENTO EVENTO ADVERSO DE CAIDAS**
**2. Información sobre el medicamento al momento del evento:**

Producto	Nº de lote /Fecha de caducidad	Ruta (oral, etc.)	Dosis diaria (por ejemplo, comprimido de 20 mg 3 veces al día)		Fechas de tratamiento		Indicación (para qué medicamento se está tomando)
			Dosis/Unidad	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de finalización	
<b>Medicamento(s) sospechado(s) de haber causado el Evento Adverso (marque la casilla de verificación para indicar medicamentos incluyendo ENZALUTAMIDA)</b>							
<b>Medicamentos(s) concomitante(s) (medicamentos adicionales tomados dentro del período de 30 días antes de que ocurran los eventos adversos)</b>							
<b>Fármaco(s) para el tratamiento de los EA</b>							

**INVESTIGACIONES RELEVANTES** *Proporcionar resultados en el momento del evento. Proporcione otros resultados en el campo Detalles adicionales o adjúntelo como copia*

Investigación	Fecha (dd-Mmm-aaaa)	Resultado/Unidad



## 1.8.3 FORMULARIO PARA SEGUIMIENTO EVENTO ADVERSO DE CAIDAS

**Información adicional/de apoyo:**

(Proporcione detalles adicionales sobre los eventos adversos, la secuencia de eventos, incluidos los detalles de hospitalización, el tratamiento y/o las pruebas de laboratorio. Esto incluye las fechas de inicio y finalización. Esta casilla también se puede utilizar para agregar información adicional si se ha quedado sin espacio en los otros campos)

**3. Datos del informante:**

Certifico que este Cuestionario es preciso y veraz a mi leal saber y entender y no contiene ninguna declaración falsa, ficticia o fraudulenta.

Nombre/Iniciales:			
Ocupación:			
Médico <input type="checkbox"/>	Farmacéutico <input type="checkbox"/>	Enfermero <input type="checkbox"/>	Otro profesional de la salud <input type="checkbox"/>
Paciente <input type="checkbox"/>			

Firma y fecha:

Tenga en cuenta que la información de **LUTAMID 40 - ENZALUTAMIDA** proporcionada en relación con usted puede utilizarse para cumplir con las leyes y regulaciones aplicables. **LUTAMID 40 - ENZALUTAMIDA** procesa sus datos personales o confidenciales de acuerdo con la legislación de Protección de datos personales de aplicables.

Formulario disponible en: <https://finadiet.com.ar/farmacovigilancia/>