

## ACONTECIMIENTOS ADVERSOS (AA)

4.1 Nombre de Acontecimiento adverso:

Observaciones:

4.2 Estado del AA  En estudio

4.3 Fecha del AA:

4.4 Gravedad  Grave  No grave  Mortal

4.6 Desenlace

Desconocido

Malformaciones en el momento del nacimiento de la descendencia de pacientes incluidos en BIOBADAGUAY

Recuperado sin secuelas  Recuperado con secuelas  Todavía no recuperado

Muerte por causa del AA

Muerte. El fármaco puede haber contribuido

Muerte. No relacionado con el fármaco

4.7 Descripción detallada :

### Infecciones especificadas

4.8.1 Localización:

Absceso cerebral  Artritis  Bronquitis  Brucelosis  Dengue  
 Endocarditis  Estomatitis  Flemón dentario  GEA  Genitales  
 Hepatitis  Hueso  ITU  Intraabdominal  Meningitis  Músculo  
 Mononucleosis infecciosa  Neumonía  Ocular  Oídos  Piel  
 Pielonefritis  Prostatitis  Prótesis articular  Senos Paranasales  
 Sepsis sin foco  TBC  Vías respiratorias altas  Desconocido  Otros

4.8.2 Bacteriemia  Si  No

4.8.3 Germen causante de la infección:

Bacteria Gram -  Bacteria Gram +  Hongos  Micobacterias

Parasito  Virus  Desconocido

4.8.4 Germen específico:

### 4.9 Tratamiento concomitante

Acido fólico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
AINES	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Antidepresivos tricíclicos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Antidiabéticos orales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Bifosfonatos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Calcio y vitamina D	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Estatíνας	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
IECA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Isoniazida	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
ISRS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Omeprazol	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Opioide	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar
Paracetamol	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sin especificar

Otros :