

	FARMACOVIGILANCIA	Código FV-01-CNFV.HER02
	RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN	Versión No. 04
	FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RAM/PRM	Página 1 de 1

**I. Reporte del evento**

Numero de reporte: **H002-2025-52**

Título del reporte (*):	Fecha de notificación: <b>25/04/25</b>
Forma que detecta el caso: Consulta espontánea <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input checked="" type="checkbox"/> Rumor <input type="checkbox"/> Noticia <input type="checkbox"/> Comentario <input type="checkbox"/> Reporte de estudio <input type="checkbox"/>	Otro(explique):
Tipo de evento: RAM <input type="checkbox"/> Falla terapéutica <input type="checkbox"/> Error de medicación <input checked="" type="checkbox"/> Falsificado/Fraudulento <input type="checkbox"/> Uso off-label <input type="checkbox"/> Exposición <input type="checkbox"/>	
Seriedad: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Razón de seriedad: Hospitalización <input type="checkbox"/> Amenaza de la vida <input checked="" type="checkbox"/> Anomalías Congénitas <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>	
Incapacidad persistente o significativa <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante(explique) <input type="checkbox"/> : _____	

**II. Notificador**

Nombre completo: <b>Dra Yenny Bernal Borja</b>	Profesión: <b>Bioprotectora</b>
Correo electrónico (*): <b>dra.yennybernal@gmail.com</b>	Teléfono (*): <b>71186884</b>
Nombre del Establecimiento: <b>H PA</b>	

**III. Información del Paciente**

Nombre y Apellido o iniciales (*): <b>Marta Lucia Martinez</b>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: <b>100821353</b> edad (años): <b>49</b>	Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm
Departamento y municipio de residencia: <b>S-S</b>	Embarazo Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo: _____

**IV. Historia Clínica**

Fecha de detección/consulta: <b>25/4/25</b>			
Paciente fue hospitalizado: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso y fecha de alta: <b>2/4/25 Continua</b>			
Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): <b>Tratamiento equivoco</b>			
Antecedentes Clínicos relevantes: <b>Falla terapéutica</b>			
Exámenes de Laboratorio: <b>T60 23.1 T6P 30.2</b>			
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<b>Falla terapéutica</b>	<b>21/4/25</b>	<b>Continua</b>	Medicamento retirado <input type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/>
			Dosis reducida <input checked="" type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/>
			Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/>
Resultado del manejo de la reacción: Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/>			
En proceso de recuperación <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Se desconoce <input checked="" type="checkbox"/>			

¿Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso? Sí  No  No se sabe

¿Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso? Sí  No  No se sabe

**V. Medicamento**

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis diaria	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<b>Risperidona</b>	<b>1 Tab 4/12</b>	<b>U.O</b>	<b>4/4/25</b>	<b>Continua</b>
Medicamentos concomitantes:				

**Otros datos del medicamento sospechoso**

Nombre Genérico: <b>Risperidona</b>	Concentración: <b>2mg</b>
Forma Farmacéutica: <b>tableta</b>	Presentación: <b>Caja por 20 comprimidos</b>
Nombre Comercial: <b>Spiron 2mg</b>	Registro Sanitario: <b>F054131102007</b>
Laboratorio Fabricante: <b>Grünenthal</b>	Lote: <b>G24094B</b> Vencimiento: <b>30/06/2028</b>

Dra. Yenny Bernal Borja  
DOCTORA EN MEDICINA  
Firma y sello del Notificador  
J.V.P.M. No. 15150

C. SAFISS 130201709

Diana  
05/05/25  
10am