

	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: H002-2025-53

Título del reporte (*):	Fecha de notificación: <u>28/04/25</u>
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 checked="" type="checkbox"/> Palla terapéutica <input type="checkbox"/> Error de medicación <input 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 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: <u>Ana Jenny Bernal</u>	Profesión: <u>Psiquiatra</u>
Correo electrónico (*): <u>dra.yennybernal@gmail.com</u>	Teléfono (*): <u>7118 6884</u>
Nombre del Establecimiento: <u>Hospital Policlínico Aree</u>	

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): <u>Marta Lora Martínez</u>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: <u>100821353</u> edad (años): <u>44</u>	Peso: Kg. Talla: cm
Departamento y municipio de residencia: <u>S.S</u>	Embarazo Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo:

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: <u>26/4/25</u>			
Paciente fue hospitalizado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso y fecha de alta: <u>Paciente hospitalizado</u>			
Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): <u>Trastorno esquizoafectivo</u>			
Antecedentes Clínicos relevantes: <u>pte presunto disociación 88%. fiebre, rash, bolus.</u>			
Exámenes de Laboratorio:			
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<u>RAM</u>	<u>25/4/25</u>	<u>25/4/25</u>	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/>
<u>Disociación, fiebre</u>			Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/>
<u>rash - bolus</u>			Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/>
Resultado del manejo de la reacción: Recuperado sin secuelas <input checked="" 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 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
<u>Clozapina 100mg</u>	<u>1/4 tableta</u>	<u>VO</u>	<u>25/04/25</u>	<u>25/4/25</u>
Medicamentos concomitantes:				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: <u>Clozapina 100mg</u>	Concentración: <u>100mg</u>
Forma Farmacéutica: <u>tableta</u>	Presentación: <u>Caja x 100 tabletas</u>
Nombre Comercial: <u>Clozapina</u>	Registro Sanitario: <u>F047910092009</u>
Laboratorio Fabricante: <u>Huma pharmaceutical</u>	Lote: <u>3N686</u> Vencimiento: <u>31/12/2027</u>

Dra. Ana Jenny Bernal Borge

Dra. Ana Jenny Bernal Borge

Diana
 2025/05/20
 1 pm.