

	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: **11002-2025-54**

Título del reporte (*): Acido Valproico / Cefalea, vomito.	Fecha de notificación: 30/04/2025
Forma que detecta el caso: Consulta espontánea <input checked="" type="checkbox"/> Búsqueda activa <input 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"/> Falla 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 type="checkbox"/> No <input checked="" 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: Diana Menéndez Zepeda	Profesión: Química Farmacéutica
Correo electrónico (*): Colaborador.farmahpa@issss.gob.sv	Teléfono (*): 25916500 ext.: 6558
Nombre del Establecimiento: Hospital Politécnico Arce	

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): Karla Veronica Mejia Peña	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: 493722321 edad (años): 53	Peso: Kg. Talla: cm
Departamento y municipio de residencia: San Salvador, Mejicanos, Col. Zacamil.	Embarazo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Semanas de embarazo:

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: 30/04/2025								
Paciente fue hospitalizado: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Fecha de ingreso y fecha de alta:								
Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): T. Bipolar								
Antecedentes Clínicos relevantes: No se sabe.								
Exámenes de Laboratorio:								
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)</th> <th>Fecha de inicio</th> <th>Fecha de finalización</th> <th>Acción tomada ante la reacción:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cefalea y Vomito</td> <td>20/03/2025</td> <td>26/04/2025</td> <td> Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/> Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/> Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/> </td> </tr> </tbody> </table>	Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:	Cefalea y Vomito	20/03/2025	26/04/2025	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/> Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/> Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/>
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:					
Cefalea y Vomito	20/03/2025	26/04/2025	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/> Dosis reducida <input 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
Acido Valproico 500mg	2 tab e/noche	Oral	11/03/2025	Continua
Medicamentos concomitantes:				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: Acido Valproico	Concentración: 500mg
Forma Farmacéutica: Tableta	Presentación: Frasco por 30 tabletas
Nombre Comercial: EPIVAL	Registro Sanitario: 13004
Laboratorio Fabricante: Abbott	QUIMICA FARMACÉUTICA Insc. JVRQF No. 2817 Cite: 61218MC Vencimiento: 10.01.2020

Firma y sello del Notificador