



SUPERINTENDENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA

Formulario De Notificación De RAM-PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso
 Proceso Nombre Proceso
 Subproceso Nombre Subproceso

I. REPORTE DEL EVENTO

Número/identificación del reporte local:

Número de reporte de la SRS:

Título del reporte (*): Virogrip / Edema palpebral Fecha de notificación:

Forma que detecta el caso: Notificación espontánea Búsqueda activa Rumor Noticia
 Comentario Estudio Otro (Explique):

Tipo de evento: RAM Falla terapéutica Error de medicación Falsificado/ Fraudulento
 Uso off-label Interacción Intoxicación Exposición
 Embarazada: Si No Lactando: Si No
 Semanas de gestación: Edad del lactante:

Grave (serio): Si No

Razón de gravedad: Muerte Amenaza la vida Anomalía Congénita o muerte fetal
 Hospitalización / o su Prolongación Sospecha de aborto Discapacidad
 Incapacidad persistente o significativa Otra condición médica importante

II. NOTIFICADOR

Nombre completo: Cecilia Beatriz García Soto Profesión: Médico
 Correo electrónico (*): gasoto.95@gmail.com Especialidad Médica: Medicina General
 Nombre del Establecimiento: Hospital Pro-Familia Teléfono (*): 7967-5687

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o iniciales (*): Ulises Daniel Solís Jimenez Sexo: M F
 Número de Expediente clínico/DUI: 00981444-8 Edad: 69 Peso (Kg): 103.0 Talla (cm): 180
 Embarazo: si No Semana de embarazo: _____
 Departamento, municipio y distrito de residencia: El Porongo, San Salvador

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de detección/consulta: 15/04/2025 Diagnóstico del evento: Reacción Medicamentosa
 Paciente fue hospitalizado: Si No Fecha de ingreso: 15/04/2025 Fecha de alta: _____
 Indicación de uso del medicamento: Prescrito: Automedicado: Otro:
 Antecedentes Clínicos relevantes: Hipertensión arterial + Diabetes Mellitus
 Exámenes de Laboratorio: _____
 Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)

Reacción	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:		
<u>Edema palpebral</u>	<u>15/04/2025</u>	<u>en recuperación</u>	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/>	Dosis aumentada <input type="checkbox"/>	
			Dosis reducida <input type="checkbox"/>	Dosis no modificada <input type="checkbox"/>	
			Cambio de marca <input type="checkbox"/>	Observación/seguimiento <input type="checkbox"/>	

Resultado del manejo de la reacción: Recuperado sin secuelas Recuperado con secuelas No recuperado
 En proceso de recuperación Fallecido Se desconoce

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

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

¿Antecedente de reacción adversa con el medicamento sospechoso u otro del mismo grupo terapéutico? Si No No se sabe

IV. MEDICAMENTO

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<u>Virogrip</u>	<u>dosis única</u>	<u>Intramuscular</u>	<u>15/04/25</u>	<u>15/04/25</u>
Medicamentos Concomitantes				

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Nombre genérico: No dato Concentración: No dato
 Forma Farmacéutica: ampolla Presentación: Ampolla x 5ml
 Nombre Comercial: Viro-Grip Registro Sanitario: No dato
 Laboratorio Fabricante: Vijosa Lote: No dato Vencimiento: No dato

Firma y Sello del Notificador

Dra. Cecilia Beatriz García Soto
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 23521