

	FARMACO VIGILANCIA	Código FV-01-CNFV.HER02
	RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN	Versión No. 05
	FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RAM/PRM	Página 1 de 3

I. Reporte del evento Número/identificación del reporte local: _____ Número de reporte del CNFV: _____

Título del reporte (*): Reacción Adversa Alérgica Fecha de notificación: _____

Forma de detección del 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 Sí No , Lactando Sí No , Semanas de gestación: _____, edad del lactante: _____)

Grave (seno): Sí No

Razón de Gravedad: Muerte Amenaza la vida Anomalia Congénita o muerte fetal Hospitalización Sospecha de aborto

Discapacidad Incapacidad persistente o significativa Otra condición médica importante

II. Notificador

Nombre completo: Daniel Harroquin Profesión: Medico

Correo electrónico (*): danielharroquin@hotmail.com Teléfono (*): 71650746

Nombre del Establecimiento: H. Oncología ISS

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): Lizette Camba de Olanos Sexo: M F

Número de Expediente clínico: 384640594 edad (años): 61 años Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm

Departamento y municipio de residencia: SANTA ANA Embarazo Sí No

Semanas de embarazo: _____

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: 10/2/25 Diagnóstico del evento: Reacción Adversa Específica de Medicamento

Paciente fue hospitalizado: Sí No Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Indicación de uso del medicamento: CANCER DE PÁNCREAS Prescrito Automedicado Otro

Antecedentes Clínicos relevantes: _____

Exámenes de Laboratorio: _____

Reacciones Adversas /Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<u>SINORONAL MANO PIE 6ITL</u>	<u>01/24</u>	<u>10/2/25</u>	Tratamiento terapéutico <input checked="" type="checkbox"/>
<u>DIARREA 6ITL</u>	<u>01/24</u>	<u>10/2/25</u>	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/>
<u>FATIGA 6ITL</u>	<u>01/24</u>	<u>10/2/25</u>	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? Sí No No se sabe

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

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

V. Medicamento

Nombre del medicamento sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<u>Snitinib</u>	<u>50mg</u>	<u>Oral</u>	<u>01/2024</u>	<u>10/2/2025</u>
Medicamentos concomitantes				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: Snitinib Concentración: 50mg/comprimido

Forma Farmacéutica: _____ Presentación: comprimido

Nombre Comercial: STENT Registro Sanitario: _____

Laboratorio Fabricante: _____ Lote: _____ Vencimiento: _____

[Firma]
Firma y sello del Notificador

DR. DANIEL HARROQUIN ESCOBAR
DOCTOR EN MEDICINA
L.V.P.M. No. 14.508