

I. Reporte del evento

Título del reporte (*): RAM Grave Numero de reporte: _____ Fecha de notificación: _____

Forma que detecta el caso: Consulta espontánea Búsqueda activa Rumor Noticia Comentario Reporte de estudio Otro (explique): _____

Tipo de evento: RAM Falla terapéutica Error de medicación Falsificado/Fraudulento Uso off-label Exposición

Seriedad: Si No

Razón de seriedad: Hospitalización Amenaza de la vida Anomalías Congénitas Discapacidad Muerte Incapacidad persistente o significativa Otra condición médica importante (explique) Se notificó caso a Dr. Alfonso Quimbaya exargante del programa, que refirió que no se le realizó repaval a 3 nivel, que se usara con el a su juicio +prescripción de vit.c

II. Notificador

Nombre completo: Lorena Maricela Gálvez Mendoza Profesión: Medica General

Correo electrónico (*): coordinadaes.uni@issss.gob.sv Teléfono (*): 61634245

Nombre del Establecimiento: Unidad Medica Ilopango ISSS

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): Israel Olivares Sexo: M F

Número de Expediente clínico: 384650753 edad (años): 60 Peso: 62 Kg. Talla: 1.66m

Departamento y municipio de residencia: San Salvador, Soyapango Embarazo Si No Semanas de embarazo: _____

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: 8-05-25

Paciente fue hospitalizado: Si No Fecha de ingreso y fecha de alta: _____

Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): Tuberculosis pulmonar

Antecedentes Clínicos relevantes: _____

Exámenes de Laboratorio: AST, ALT

Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<u>Ictericia en esclerótica</u>	<u>8-05-25</u>	<u>—</u>	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/>
<u>Hepatitis</u>	<u>8-05-25</u>	<u>—</u>	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 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

V. Medicamento

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis diaria	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<u>Isoniazida + Rifampicina (75+150mg)</u>	<u>4 tab. L-S</u>	<u>oral</u>	<u>25-04-25</u>	<u>8-05-25</u>
Medicamentos concomitantes:				
<u>Metformina 850</u>	<u>1 tab c/dia</u>	<u>oral</u>	<u>12-03-25</u>	<u>—</u>

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: Rifampicina 150mg - Isoniazida 75 mg Concentración: 150 - 75 mg

Forma Farmacéutica: comprimido Presentación: 24 X 28

Nombre Comercial: _____ Registro Sanitario: _____

Laboratorio Fabricante: Lupin LTD Lote: A310834 Vencimiento: 11/2026

Dra. Lorena Maricela Gálvez Mendoza
Firma y sello del Notificador
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 18494