



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** Número de reporte: \_\_\_\_\_

Título del reporte (\*): *Falla Terapéutica* 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: Sí  No

Razón de seriedad: Hospitalización  Amenaza de la vida  Anomalías Congénitas  Discapacidad  Muerte   
Incapacidad persistente o significativa  Otra condición médica importante(explique) : \_\_\_\_\_

**II. Notificador**

Nombre completo: *Larissa Escalante Quezada* Profesión: *Médico*

Correo electrónico (\*): *china.es68@gmail.com* Teléfono (\*): \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento: *Casillero Especialidades clínicas de hipertensión*

**III. Información del Paciente**

Nombre y Apellido o iniciales (\*): *Socorro del carmen Ramirez* Sexo: M  F

Número de Expediente clínico: *073522483* edad (años): *72* Peso: *76* Kg. Talla: *1.49* cm

Departamento y municipio de residencia: *S.S. Negreiros* Embarazo Sí  No   
Semanas de embarazo: \_\_\_\_\_

**IV. Historia Clínica**

Fecha de detección/consulta: *31 marzo 2025*

Paciente fue hospitalizado: Sí  No  Fecha de ingreso y fecha de alta: \_\_\_\_\_

Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): *hipertension arterial*

Antecedentes Clínicos relevantes: *Aumento de TA, no control adecuado desde inicio de Ibuprofeno*

Exámenes de Laboratorio: \_\_\_\_\_

Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<i>Aumento de T.A.</i>	<i>16 marzo</i>	<i>24 marzo</i>	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  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

**V. Medicamento**

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis diaria	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<i>Ibuprofeno</i>	<i>150 mg 1 vez</i>	<i>oral</i>	<i>nov 2024</i>	<i>marzo 2025</i>
Medicamentos concomitantes:				

**Otros datos del medicamento sospechoso**

Nombre Genérico: *IBUPROFENO* Concentración: *150mg*

Forma Farmacéutica: *Tabletas Recubiertas* Presentación: *tableta en 10x30x6*

Nombre Comercial: *IBUPROFEN 150mg* Registro Sanitario: *F05821512016*

Laboratorio Fabricante: *HERO Labs Uruguay* Vencimiento: *28/02/28*

*2025*

Firma y sello del Notificador

*L. B. SOTO*