



SUPERINTENDENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA

Formulario De Notificación De RAM-PRM

ISSS

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

03 ABR 2025

I. REPORTE DEL EVENTO

Número/identificación del reporte local: RAM

Número de reporte de la SRS:

Título del reporte (*):		Fecha de notificación:			
Forma que detecta el caso:	Notificación espontánea <input checked="" type="checkbox"/>	Búsqueda activa <input type="checkbox"/>	Rumor <input type="checkbox"/>	Noticia <input type="checkbox"/>	
	Comentario <input type="checkbox"/>	Estudio <input type="checkbox"/>	Otro (Explique): <input type="checkbox"/>		
Tipo de evento:	RAM <input checked="" type="checkbox"/>	Falta terapéutica <input type="checkbox"/>	Error de medicación <input type="checkbox"/>	Falsificado/ Fraudulento <input type="checkbox"/>	
	Uso off-label <input type="checkbox"/>	Interacción <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Exposición <input type="checkbox"/>	
	Embarazada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Lactando: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Edad del lactante:		
Grave (serio):	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Razón de gravedad:	Muerte <input type="checkbox"/>	Amenaza la vida <input type="checkbox"/>	Anomalía Congénita o muerte fetal <input type="checkbox"/>		
	Hospitalización / o su Prolongación <input type="checkbox"/>	Sospecha de aborto <input type="checkbox"/>	Discapacidad <input type="checkbox"/>		
	Incapacidad persistente o significativa <input type="checkbox"/>		Otra condición médica importante <input type="checkbox"/>		

II. NOTIFICADOR

Nombre completo: María Rubi Paniagua Profesión: MEDICO
 Correo electrónico (*): rubio189@hotmail.com Especialidad Médica: DERMATOLOGIA
 Nombre del Establecimiento: CONSULTA ESPECIALIZADA Teléfono (*): 71274769

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o iniciales (*): PANIAGUA RUBI Sexo: M F
 Número de Expediente clínico/DUI: 118.972.283 Edad: 87 Peso (Kg): 72Kg Talla (cm): 1.53
 Embarazo: si No Semana de embarazo: _____
 Departamento, municipio y distrito de residencia: _____

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de detección/consulta: Día 03 Mes 04 Año 25 Diagnóstico del evento: DOLOR FARINGEO
 Paciente fue hospitalizado: Si No Fecha de ingreso: Día 03 Mes 04 Año 25 Fecha de alta: Día 03 Mes 04 Año 25
 Indicación de uso del medicamento: Dermaparoxetina Prescrito: Automedicado: Otro:
 Antecedentes Clínicos relevantes: _____
 Exámenes de Laboratorio: ninguno
 Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*):

Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:	
<u>30/02/25</u>	<u>30/02/25</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

¿Respareció 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>Droximato</u>	<u>1g/amo</u>	<u>IV</u>	<u>30/02/25</u>	<u>30/02/25</u>
Medicamentos Concomitantes				
<u>Cefamandolil 500mg</u>	<u>2 tab/dia</u>	<u>VO</u>	<u>20/2</u>	<u>20/25</u>
<u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3 tab/sem</u>	<u>VO</u>	<u>20/2</u>	<u>20/25</u>

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Nombre genérico: Droximato Concentración: 500mg/10ml
 Forma Farmacéutica: Frasco oral Presentación: Frasco 50ml
 Nombre Comercial: Droximato Sandoz Registro Sanitario: BT600826092019
 Laboratorio Fabricante: Sandoz Lote: Nem 2147 Vencimiento: 31/05/26

Firma y Sello: Dra. María Rubi Paniagua Jeampierre
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 16208

F.F: Solución Para Infusión
 8250069

N. COMERCIAL: Rixstham
 10 ml x 50 unidades