



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 (*): | RAM | Fecha de notificación: | 9/16/25 |
| Forma que detecta el caso: | Consulta espontánea <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input checked="" type="checkbox"/> Rumor <input type="checkbox"/> Noticia <input type="checkbox"/> Comentario <input type="checkbox"/> Reporte de estudio <input type="checkbox"/> | | |
| Otro(explique): | _____ | | |
| Tipo de evento: | RAM <input checked="" type="checkbox"/> Falla terapéutica <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Falsificado/Fraudulento <input type="checkbox"/> Uso off-label <input type="checkbox"/> Exposición <input type="checkbox"/> | | |
| Seriedad: | Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Razón de seriedad: | Hospitalización <input type="checkbox"/> Amenaza de la vida <input type="checkbox"/> Anomalías Congénitas <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Incapacidad persistente o significativa <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante(explique) <input type="checkbox"/> : _____ | | |

II. Notificador

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------|----------|
| Nombre completo: | Haisel Lisset Linares de Lopez | Profesión: | Médico |
| Correo electrónico (*): | haisel@2011@yahoo.com | Teléfono (*): | 71506596 |
| Nombre del Establecimiento: | C.C. Guadalupe - Apopa | | |

III. Información del Paciente

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|--|
| Nombre y Apellido o iniciales (*): | Maria Rivera | Sexo: | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> |
| Número de Expediente clínico: | 6906616 | Edad (años): | 57a |
| Departamento y municipio de residencia: | Tonacotepeque, San Salvador | Embarazo | Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | Semanas de embarazo: | |

IV. Historia Clínica

| | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Fecha de detección/consulta: | 9/16/25 | | |
| Paciente fue hospitalizado: | Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | Fecha de ingreso y fecha de alta: | |
| Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): | Hipertensión Arterial. | | |
| Antecedentes Clínicos relevantes: | | | |
| Exámenes de Laboratorio: | | | |
| Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*) | Fecha de inicio | Fecha de finalización | Acción tomada ante la reacción: |
| Edema de M.I | 3/16/25 | - | 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 <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> En proceso de recuperación <input checked="" type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> | | |

¿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 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| Amlodipina 10mg | 1 tab | Oral | 2023 | 9/16/25 |
| Medicamentos concomitantes: | | | | |
| | | | | |

Otros datos del medicamento sospechoso

| | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Nombre Genérico: | Amlodipina Malato, Malato, Besilato | Concentración | 10mg |
| Forma Farmacéutica: | Tableta o capsula | Presentación | ampolleteo Primario Individual |
| Nombre Comercial: | Amlor 10mg | Registro Sanitario: | E009524012019 |
| Laboratorio Fabricante: | Hofma | Código de lote: | K4023025 |
| | | Vencimiento: | 05/2026 |

Dra. Haisel Lisset Linares de Lopez
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 6570

C. SAFISS 130201709