

**FARMACOVIGILANCIA**Código
FV-01-CNFV.HER02**RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN**

Versión No. 03

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RAM

Página 1 de 1

Numero de reporte: _____

I. Reporte del evento

Título del reporte: <i>Reacción adversa a medicamento</i>	Fecha de notificación: <i>18/6/2025</i>
Forma que detecta el caso: Consulta espontánea <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Rumor <input checked="" 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"/>	
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"/>	
Otra condición médica importante(explique): _____	

II. Notificador

Nombre completo: <i>Silvia Stephany Alvarado González</i>	Profesión: <i>Medico de familia</i>
Correo electrónico: <i>stephany2004@gmail.com</i>	Teléfono: <i>0921-7919</i>
Nombre del Establecimiento: <i>Unidad Medica Aguas.</i>	

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales: <i>CRCL</i>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: <i>115930215</i> edad (años): <i>32</i>	Peso: <i>52</i> Kg.
Departamento y municipio de residencia: <i>Cyropa, San Salvador.</i>	Embarazo Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo: _____

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: <i>18/6/2025</i>			
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): <i>Infección latente de tuberculosis</i>			
Antecedentes Clínicos relevantes: _____			
Exámenes de Laboratorio: _____			
Reacciones Adversas	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<i>Nauseas y vomito.</i>	<i>13/6/25</i>	<i>15/6/25</i>	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/>
<i>Cefalea.</i>	<i>7/6/25</i>	<i>15/6/25</i>	Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/>
<i>Malestar general.</i>	<i>13/6/25</i>	<i>15/6/25</i>	Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/>
Resultado del manejo de la reacción: <u>Recuperado sin secuelas</u> 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>Isoniacida (300mg)</i>	<i>900mg Semanal</i>	<i>VO</i>	<i>6/6/25</i>	<i>13/6/25</i>
<i>Rifampicina (150mg)</i>	<i>900mg Semanal</i>	<i>VO</i>	<i>6/6/25</i>	<i>13/6/25</i>
Medicamentos concomitantes: _____				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: _____	Concentración
Forma Farmacéutica: _____	Presentación
Nombre Comercial: _____	Lote:
Laboratorio Fabricante: _____	Vencimiento:
Registro Sanitario: _____	



Form. 514301-001-01-24