

Numero de reporte: \_\_\_\_\_

**I. Reporte del evento**

Título del reporte: <b>RAFA</b>	Fecha de notificación:
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: <b>Silvia Stephany Alvarado González</b>	Profesión: <b>Médico de Familia</b>
Correo electrónico: <b>Stephanygob11@gmail.com</b>	Teléfono: <b>6971-7919</b>
Nombre del Establecimiento: <b>Unidad Médica Aguilón</b>	

**III. Información del Paciente**

Nombre y Apellido o iniciales: <b>Elvis Omar Romero</b>	Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: <b>196741021</b> edad (años): <b>51</b>	Peso: <b>82</b> Kg.
Departamento y municipio de residencia: <b>Residencial Glassh Pol 49 Casan 8 San Martín</b>	Embarazo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo:

**IV. Historia Clínica**

Fecha de detección/consulta: <b>25/ Junio /2025</b>																
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): <b>Infección latente de Tuberculosis</b>																
Antecedentes Clínicos relevantes:																
Exámenes de Laboratorio:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Reacciones Adversas</th> <th>Fecha de inicio</th> <th>Fecha de finalización</th> <th>Acción tomada ante la reacción:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Diarrea</b></td> <td><b>2016/25</b></td> <td><b>24/6/25</b></td> <td>Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Nauseas y vomito</b></td> <td><b>2016/25</b></td> <td><b>25/6/25</b></td> <td>Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Fiebre</b></td> <td><b>2016/25</b></td> <td><b>2016/25</b></td> <td>Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Reacciones Adversas	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:	<b>Diarrea</b>	<b>2016/25</b>	<b>24/6/25</b>	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/>	<b>Nauseas y vomito</b>	<b>2016/25</b>	<b>25/6/25</b>	Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/>	<b>Fiebre</b>	<b>2016/25</b>	<b>2016/25</b>	Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input checked="" type="checkbox"/>
Reacciones Adversas	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:													
<b>Diarrea</b>	<b>2016/25</b>	<b>24/6/25</b>	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/>													
<b>Nauseas y vomito</b>	<b>2016/25</b>	<b>25/6/25</b>	Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/>													
<b>Fiebre</b>	<b>2016/25</b>	<b>2016/25</b>	Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input checked="" 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 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
<b>Isoniacida (300mg)</b>	<b>3 tab 4 semana</b>	<b>VO</b>	<b>13/6/25</b>	<b>2016/25</b>
<b>Rifampicina (150mg)</b>	<b>6 tab 4 semana</b>	<b>VO</b>	<b>13/6/25</b>	<b>2016/25</b>
Medicamentos concomitantes:				
<b>Metformina + Glimepirida (1000mg)</b>	<b>1 tab VO 4/12h</b>	<b>VO</b>	<b>2024</b>	
<b>Ibuprofeno (150mg)</b>	<b>2 tab 4 dia</b>	<b>VO</b>	<b>2015</b>	

**Otros datos del medicamento sospechoso**

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

Firma y sello del Notificador

Dra. Silvia Stephany Alvarado González  
DOCTORA EN MEDICINA  
J.V.P.M. No. 18752

Form. 514301-001-01-2