



Informe de Seguimiento RAM Serias/ PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

Numero de notificación

Fecha de Informe

DATOS RELACIONADOS AL EVENTO

Fecha de inicio de evento:	Diciembre 2024	Fecha de aplicación de vacuna:		
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"/>		
Nombre del establecimiento/institución que reportó el evento:	Call Center Regional			
<i>Cuando aplique detallar la siguiente información:</i>				
Establecimiento/institución de la que se refirió el paciente por causa del evento:	No informado			
Establecimiento/institución a la que se refiere posterior al evento:	No informado			

I. INFORMACIÓN RELACIONADA AL PACIENTE

Nombre/Iniciales del paciente:	MMR		
Número de expediente clínico:			
Sexo:	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Edad: 13 <input type="checkbox"/> Meses <input checked="" type="checkbox"/> Años
Peso(kg):	No infor	Talla (cm):	No infor
Enfermedades Concomitantes (según CIE10)		Fecha desde que fue diagnosticado	
1)	No informado		
2)			
3)			
4)			
5)			
Hábitos:	Alcohol <input type="checkbox"/>	Tabaquista <input type="checkbox"/>	Uso de drogas (¿Cuáles?)
Alergias (describa el tipo):	No informado		
Exámenes de laboratorio (colocar resultados o adjuntar copias):	No informado		

II. INFORMACIÓN RELACIONADA AL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

a) Medicamento sospechoso (nombre genérico, comercial y concentración/De ser posible enviar fotografía del medicamento):	No aplica		
b) Numero de lote:	no se cuenta con la información y no es posible contactar a pacientes para corroborarla.		
c) Fecha de Vencimiento:			
d) Número de registro sanitario:			
e) Laboratorio Fabricante:			
f) Motivo de prescripción (si el medicamento fue automedicado especificar):			
g) Diagnósticos principales (es)	Deficil de Hormona de Crecimiento		
h) Dosis y posología (unidad/concentración y frecuencia):	2mg 1 por día		
i) Vía de administración:	Inyección subcutanea		
j) Fecha de inicio de administración del medicamento:	28/06/2023		



Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

k) Fecha de finalización de administración del medicamento (si continúa utilizándose colocar continúa): Continúa

l) Medidas adoptadas ante la RAM

1. Reducción de la dosis

2. Aumento de la dosis

3. Se suspendió el medicamento

4. No hubo modificación de la dosis

Otras (especificar): _____
Por ejemplo: especificar si se cambió de medicamento, cambio de marca

m) Efecto de las medidas tomadas

1. Fármaco Retirado/RAM Mejora

2. Fármaco Retirado/RAM No mejora

3. Fármaco No Retirado y RAM No Mejora

4. Fármaco No Retirado y RAM Mejora

5. RAM Mejora Por Tolerancia

6. RAM Mejora Sin Retirada, Debido al Tratamiento

Otros: _____

n) Condiciones e Almacenamiento: no informado

1. ¿Hay condiciones especiales de temperatura y humedad descritas en la etiqueta? Si No

2. ¿Cuál es la temperatura recomendada según laboratorio fabricante del medicamento? _____
(si es posible adjuntar evidencia: prospecto, etiqueta, caja, u otro)

3. El medicamento es fotosensible Si No

4. Temperatura y humedad en el lugar de Almacenamiento:

Farmacia	Temperatura(°C): _____	Humedad (%HR): _____	Comentario: _____
almacén	Temperatura(°C): _____	Humedad (%HR): _____	Comentario: _____
Otro/s	Temperatura(°C): _____	Humedad (%HR): _____	Comentario: _____

o) Certificado de control de calidad (adjuntar): Si No

p) Cantidad del medicamento sospechoso en existencia (local /institucional cuando aplique):
No aplica

q) Cantidad total del lote sospechoso recibido en el establecimiento: **No aplica**

r) Número de pacientes que han utilizado el lote sospechoso dentro del establecimiento o la institución: **No aplica**

III. INFORMACIÓN RELACIONADA A MEDICAMENTO/S CONCOMITANTES:

Datos	Concomitante 1	Concomitante 2	Concomitante 3
Nombre de Medicamento			
Lote y Fecha de vencimiento:			
Motivo de prescripción:			
Dosis y posología:			
Vía de administración:			
Medidas tomadas:			
Fecha de inicio de la administración:			
Fecha de finalización de la administración:			

Nota: Si son más de tres los medicamentos concomitantes colocar información en una página adicional.



Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

IV. INFORMACIÓN RELACIONADA A LA RAM:

a) Presentación y evolución de la RAM:

Describa de forma detallada y cronológicamente todo lo que ocurrió con el paciente y cualquier dato presente o ausente que contribuya al análisis de causalidad de la RAM.

Evento 1:

Madre del paciente refiere que, en el mes de diciembre del año 2024, su hijo se fracturó el fémur izquierdo.

Fue intervenido quirúrgicamente (en Diciembre/2024).

Al momento del reporte el paciente se encuentra recuperado.

Evento 2:

Madre refiere que en el control médico de Enero/2025 la médica tratante indicó disminuir la dosis de 2.40mg a 2.00 mg, debido a que el paciente bajó de peso.

No brinda más información.

Nota: si la descripción es muy amplia, anexar información en una página adicional.

Para el caso de los Errores de Medicación describa dónde ocurrió:

En la prescripción

En la dispensación

En la administración

Describa el evento del error de medicación:

No aplica

Adicionalmente detalle:

1. ¿Hubo reexposición del paciente al fármaco sospechoso?:

Si

No

Describa el efecto de la reexposición:

No aplica

(describir si la reexposición fue con la marca sospechosa o fue con otra marca)

2. ¿La RAM ocurrió por la retirada del fármaco o por el cambio marca?

Si

No

Detalle: No informado

b) Estado actual del paciente según desenlace de la RAM: Seleccionar:

1- Desconocido

2- Recuperado/Resuelto

3- En recuperación/En resolución

4- No Recuperado/No Resuelto

5- Recuperado/Resuelto Con Secuelas

6- Mortal

c) Según el conocimiento previo de la RAM (en el paciente/grupo de pacientes): Seleccionar

1- ¿El paciente ya había presentado la RAM con el medicamento sospechoso?

Si

No

No sé

2- ¿El paciente ya había presentado la RAM con otros medicamentos?

Si

No

No sé

3- ¿Otros pacientes han presentado la RAM con el medicamento sospechoso?

Si

No

No sé

V. OBSERVACIONES:

Detallar si hubo discusión del evento presentado, por:

a) Comité de farmacovigilancia o farmacoterapéutico

Si

No

b) Otros (especificar) no informado

