

	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 M002-2025-17 Numero de reporte: 13.06.2025

Título del reporte (*): <u>Quetiapina 200mg / Falla terapéutica</u>	Fecha de notificación:
Forma que detecta el caso: Consulta espontánea <input checked="" type="checkbox"/> Búsqueda activa <input 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 type="checkbox"/> Falla terapéutica <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Razón de seriedad: Hospitalización <input checked="" 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: <u>Jessica Argentina Amaya Rivas</u>	Profesión: <u>Médico</u>
Correo electrónico (*): <u>amayarivas.jessica@gmail.com</u>	Teléfono (*): <u>25916500</u>
Nombre del Establecimiento: <u>Hospital Policlínico ARCC</u>	

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): <u>MPCP</u>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: <u>9848044</u>	Edad (años): <u>76 a</u>
Departamento y municipio de residencia: <u>San Salvador, Santiago Texacuango</u>	Peso: <u>56</u> Kg. Talla: <u>160</u> cm
	Embarazo Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo:

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: <u>13.06.2025</u>			
Paciente fue hospitalizado: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso y fecha de alta: <u>30 mayo 2025 a la fecha</u>			
Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): <u>Tr. de ideas delirantes persistentes</u>			
Antecedentes Clínicos relevantes:			
Exámenes de Laboratorio:			
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<u>Falla terapéutica</u>	<u>2024</u>	<u>A la fecha</u>	Medicamento retirado <input type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/> Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/> Observación/seguimiento <input checked="" 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 type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Se desconoce <input checked="" 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
<u>Quetiapina</u>	<u>4 tab(200mg/d)</u>	<u>VO</u>	<u>2024</u>	<u>A la fecha</u>
Medicamentos concomitantes:				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: <u>Quetiapina</u>	Concentración: <u>200mg</u>
Forma Farmacéutica: <u>Tableta</u>	Presentación: <u>Caja x 30 tab</u>
Nombre Comercial: <u>QUETIDIN</u>	Registro Sanitario: <u>FO 333270 82008</u>
Laboratorio Fabricante: <u>Abbott</u>	Lote: <u>E24 04 01</u> Vencimiento <u>30/04/2027</u>
Dra. Jéssica Argentina Amaya Rivas DOCTORA EN MEDICINA J.V.P.M. No 12.616	

Bruma
09:47 am
27/06/2025