

I. Reporte del evento

Número/identificación del reporte local: _____ Número de reporte del CNFV: _____

Título del reporte (*): _____		Fecha de notificación: 10/07/25
Forma de detección del caso: Notificación espontánea <input checked="" type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Rumor <input type="checkbox"/> Noticia <input type="checkbox"/> Comentario <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/>		
Otro (explique): <input type="checkbox"/>		
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"/> Interacción <input type="checkbox"/>		
Intoxicación <input type="checkbox"/> Exposición <input type="checkbox"/> (Embarazada Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , Lactando Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , Semanas de gestación: _____, edad del lactante: _____)		
Grave (serio): Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Razón de Gravedad: Muerte <input type="checkbox"/> Amenaza la vida <input type="checkbox"/> Anomalía Congénita o muerte fetal <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Sospecha de aborto <input type="checkbox"/>		
Discapacidad <input type="checkbox"/> Incapacidad persistente o significativa <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante <input type="checkbox"/>		

II. Notificador

Nombre completo: Mainor Ernesto Figueroa Figueroa	Profesión: Medico
Correo electrónico (*): mernesto2969@hotmail.com	Teléfono (*): 78198793
Nombre del Establecimiento: Unidad Médica ISSS Chalatenango	

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): Alba Luz Casco Recinos	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: 577563029	edad (años): _____
Departamento y municipio de residencia: San Luis del Carmen Chalatenango	Peso: 66.5 Kg. Talla: 160 cm
	Embarazo Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo: _____

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: 9/7/25	Diagnóstico del evento: Urticaria Generalizada		
Paciente fue hospitalizado: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de ingreso _____, Fecha de alta _____		
Indicación de uso del medicamento: Parasitismo Intestinal	Prescrito <input checked="" type="checkbox"/> Automedicado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
Antecedentes Clínicos relevantes: Prurito en piel, calor y Rubor			
Exámenes de Laboratorio: _____			
Reacciones Adversas /Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
- Rash y Prurito	9/7/25	9/7/25	Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/>
- Calor y Eritema	9/7/25	9/7/25	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/>
			Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/>
			Cambio de marca <input type="checkbox"/> Observación/seguimiento <input type="checkbox"/>
Resultado del manejo de la reacción:	Recuperado sin secuelas <input checked="" 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

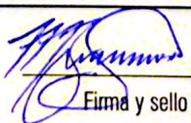
¿Antecedente de reacción adversa con el medicamento sospechoso u otro del mismo grupo terapéutico? Sí No No se sabe

V. Medicamento

Nombre del medicamento sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Metronidazol	500mg c/8hs	Oral	4/7/25	9/7/25
N-Butilbiscina	20mg c/8hs	Oral	4/7/25	9/7/25
Medicamentos concomitantes				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: Metronidazol	Concentración: 500 mg
Forma Farmacéutica: Tabletas	Presentación: Blister por 10 Tabletas
Nombre Comercial: Madazole	Registro Sanitario: 13717
Laboratorio Fabricante: Carosa	Lote: 7652 Vencimiento: 07/2025


Dr. Mainor Ernesto Figueroa Figueroa
DOCTOR EN MEDICINA
 J.V.P.M. No. 17704