



FARMACOVIGILANCIA

Código
FV-01-CNFV.HER02

RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN

Versión No. 03

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RAM

Página 1 de 1

I. Reporte del evento

Numero de reporte: _____

Título del reporte: _____ Fecha de notificación: **08/07/25**

Forma que detecta el caso: Consulta espontánea Búsqueda activa Rumor Noticia Comentario Reporte de estudio

Otro(explique): _____

Tipo de evento: RAM Falla terapéutica Error de medicación Falsificado/Fraudulento

Seriedad: Sí No

Razón de seriedad: Hospitalización Amenaza de la vida Anomalías Congénitas Discapacidad Muerte

Otra condición médica importante(explique): _____

II. Notificador

Nombre completo: **Diana Beatrice Ortiz Ayala** Profesión: **Medico**

Correo electrónico: **alboa1936@gmail.com** Teléfono: **77373153**

Nombre del Establecimiento: **Hospital Politécnico Zacamtl.**

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales: **Veronica Eloixi Hercolei Ayala** Sexo: M F

Número de Expediente clínico: **115931158** edad (años): **29** Peso: _____ Kg.

Departamento y municipio de residencia: **Colonia Universitaria norte, Comunidad Solidaridad, Mérida** Embarazo Sí No

Semanas de embarazo: _____

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: **08/07/25**

Paciente fue hospitalizado: Sí No Fecha de ingreso y fecha de alta: _____

Indicación de uso del medicamento (diagnóstico): **Absceso fluctuante, pierna derecha**

Antecedentes Clínicos relevantes: **NO**

Exámenes de Laboratorio: _____

Reacciones Adversas	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
Urticaria	06/7/25	07/7/25	Medicamento retirado <input checked="" type="checkbox"/> Dosis aumentada <input type="checkbox"/> Dosis reducida <input type="checkbox"/> Dosis no modificada <input type="checkbox"/> Observación/seguimiento <input type="checkbox"/> Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/>

Resultado del manejo de la reacción: Recuperado sin secuelas 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
Amoxicilina + clavulánico	1 tab 600 mg/450 mg	VO	06/7/25	07/7/25
Medicamentos concomitantes:				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: Amoxicilina y Ac. clavulánico (Potasio)	Concentración: 625 mg
Forma Farmacéutica: Tableta recubierta	Presentación: Caja x 14 tabletas
Nombre Comercial: Amoxicilina y Ac. clavulánico (Potasio) Reyoung	Lote: 243132182
Laboratorio Fabricante: Reyoung Pharmaceutical Co., Ltd.	Vencimiento: 19.06.2027
Registro Sanitario: F049919112015	

Dra. Diana Beatrice Ortiz Ayala
DOCTORA EN MEDICINA
J.B.P.M. No. 21492
Firma y sello del Notificador