

	FARMACOVIGILANCIA	Código FV-01-CNFV.HER02
	RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN	Versión No. 04
	FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RAM/PRM	Página 1 de 3

I. Reporte del evento
Numero de reporte:

Título del reporte (*): REACCION ALERGICA A MEDICAMENTOS	Fecha de notificación: 22/07/2025
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 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"/>	
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"/>	Incapacidad persistente o significativa <input type="checkbox"/> Otra condición médica importante(explique) <input type="checkbox"/>

II. Notificador

Nombre completo: HANTON ALFONSO SALINAS RIVAS	Profesión: MEDICO GENERAL
Correo electrónico (*): HANTONSALINAS@GMAIL.COM	Teléfono (*): 64209636
Nombre del Establecimiento: UM ZACATECOLUCA	

III. Información del Paciente

Nombre y Apellido o iniciales (*): MARTIN ISAIAS HERRERA BELTRAN	Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico: 120830114	edad (años): 42 AÑOS
Departamento y municipio de residencia: RESIDENCIAL EL PEDREGAL CITY, EL ROSARIO LA PAZ, DEPARTAMENTO DE LA PAZ	Peso: Kg. Talla: cm
	Embarazo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Semanas de embarazo:

IV. Historia Clínica

Fecha de detección/consulta: 22/07/2025			
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): AUTOMEDICACION			
Antecedentes Clínicos relevantes: ALERGICO A DIVERSOS MEDICAMENTOS (PENICILINA, IBUPROFENO, ACETAMINOFEN)			
Exámenes de Laboratorio: NO			
Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
URTICARIA	22/07/2025	22/07/2025	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 <input type="checkbox"/>		Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/>	
En proceso de recuperación <input checked="" 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
NOVALGINA	1 TABLETA 500 MG	ORAL	22/07/2025	22/07/2025
Medicamentos concomitantes:				

Otros datos del medicamento sospechoso

Nombre Genérico: METAMIZOL	Concentración 500 MG
Forma Farmacéutica: TABLETA	Presentación TABLETA
Nombre Comercial: NOVALGINA	Registro Sanitario: DESCONOCIDO
Laboratorio Fabricante: SANOFI OTC	Lote: DESCONOCIDO
	Vencimiento: DESCONOCIDO



 Dr. Hanton Alfonso Salinas Rivas
 DOCTOR EN MEDICINA
 JVPM No. 16051

Firma y sello del Notificador