



Formulario De Notificación De RAM-PRM

Macroproceso Nombre Macroproceso

Proceso Nombre Proceso

Subproceso Nombre Subproceso

I. REPORTE DEL EVENTO

Número/identificación del reporte local:

Número de reporte de la SRS:

Título del reporte (*):		Fecha de notificación:			
Forma que detecta el 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):		
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: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lactando: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Semanas de gestación:		Edad del lactante:		
Grave (serio):	Si <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 / o su Prolongación <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:	<u>Raquel Arévalo de Galán</u>	Profesión:	<u>M.C. Química y Farmacia</u>
Correo electrónico (*):	<u>raqueadegalan@gmail.com</u>	Especialidad Médica:	
Nombre del Establecimiento:	<u>Hospital HMQ.</u>	Teléfono (*):	<u>72396925</u>

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o iniciales (*):	<u>Jonathan Nehemias Villalta</u>	Sexo:	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Número de Expediente clínico/DUI:	<u>108898968</u>	Edad:	<u>35</u>	
Embarazo: si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Peso (Kg):		Talla (cm):
Semana de embarazo: _____				
Departamento, municipio y distrito de residencia: _____				

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de detección/consulta:	<u>21</u> / <u>07</u> / <u>2025</u>	Diagnóstico del evento:	
Paciente fue hospitalizado:	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de ingreso: Día Mes Año
Indicación de uso del medicamento:	<u>Hipertensión Arterial</u>	Prescrito: <input type="checkbox"/>	Automedicado: <input type="checkbox"/>
Antecedentes Clínicos relevantes:	<u>Transplantado renal.</u>	Otro: <input type="checkbox"/>	
Exámenes de Laboratorio:			

Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:	
<u>Sonolencia extrema y cuerpo desvanecido durante el tiempo que estuvo tomando el medicamento</u>	<u>21.03.2025</u>	<u>2.04.2025</u>	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? Si No No se sabe

¿Reapareció la reacción al reiniciar el medicamento sospechoso? Si No No se sabe

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

IV. MEDICAMENTO

Nombre del Medicamento Sospechoso	Dosis en unidades por intervalo	Vía de Administración	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<u>Amllope 5 (amlodipina Tableta 5mg)</u>	<u>1 diaria</u>	<u>oral</u>	<u>21.03.2025</u>	<u>2.04.2025</u>
Medicamentos Concomitantes				

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Nombre genérico:	<u>Amiodipina 5mg</u>	Concentración:	<u>5mg</u>
Forma Farmacéutica:	<u>tableta.</u>	Presentación:	<u>Blister x 10 tabletas</u>
Nombre Comercial:	<u>Amllope 5</u>	Registro Sanitario:	
Laboratorio Fabricante:	<u>HERO LABS</u>	Vencimiento:	<u>12/2026.</u>

Firma y Sello del Notificador

Raquel Arévalo de Galán
Licda. Raquel Marina Arévalo de Galán
QUÍMICA FARMACÉUTICA
Insc. JMI-OF No. 1794