



SUPERINTENDENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA

Formulario De Notificación De RAM-PRM

ISSS

Macroproceso Nombre Macroproceso
Proceso Nombre Proceso
Subproceso Nombre Subproceso

11/08/25
7-7 AGU 2025

I. REPORTE DEL EVENTO

Número/identificación del reporte local:

Número de reporte de la SRS:

Formulario I. REPORTE DEL EVENTO with fields for Title, Date, Type of event, Severity, and Reason for gravity.

II. NOTIFICADOR

Formulario II. NOTIFICADOR with fields for Name, Profession, Specialty, and Contact Information.

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Formulario III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE with fields for Name, Age, Weight, Height, and Residence.

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA section with fields for Date, Diagnosis, Medication, and Adverse Reactions.

Questions regarding adverse reactions: ¿Desapareció la reacción adversa al suprimir el medicamento sospechoso? etc.

IV. MEDICAMENTO

Table with 5 columns: Nombre del Medicamento Sospechoso, Dosis en unidades por intervalo, Vía de Administración, Fecha de inicio, Fecha de finalización.

OTROS DATOS DEL MEDICAMENTO SOSPECHOSO

Formulario for additional medication data including generic name, concentration, presentation, and manufacturer.

Firma y Sello del Notificador

Dra. Susy Marcela Sánchez Cubías
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 14,921

Cons60: 8401462