

	UNIDAD <b>FARMACOVIGILANCIA INSTITUCIONAL</b>	Código <b>FV-01-OFVI.HER01</b>
	<b>RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN</b>	Versión No. <b>01</b>
	<b>FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RAM/PRM DE MINSAL</b>	Página 1 de 3

**I. Reporte del evento**      Número/identificación del reporte local: \_\_\_\_\_      Número de notificación (NCA): 1

Título del reporte (\*): I + R + P + E / xantoma      Fecha de notificación: 19-08-2025

Forma que detecta el caso: Notificación espontánea  Búsqueda activa  Rumor  Noticia  Comentario  Estudio

Otro (explique): \_\_\_\_\_

Tipo de evento: RAM  Falla terapéutica  Error de medicación  Falsificado/Fraudulento  Uso off -label  Interacción

Intoxicación  Exposición  (Embarazada Sí  No  , Lactando Sí  No  , Semanas de gestación: \_\_\_\_\_ , edad del lactante: \_\_\_\_\_)

Grave (serio): Sí  No

Razón de Gravedad: Muerte  Amenaza la vida  Anomalía Congénita o muerte fetal  Hospitalización  Sospecha de aborto

Discapacidad  Incapacidad persistente o significativa  Otra condición médica importante

**II. Notificador**

Nombre completo: Magdalena Odette Escalante      Profesión: Medic@

Correo electrónico (\*): magodocumissipt@ss      Teléfono (\*): 2593 0017

Nombre del Establecimiento: UHS Sept ISSS

**III. Información del Paciente**

Nombre y Apellido o iniciales (\*): MARIA LUISA RIVAS      Sexo: M  F

Número de Expediente clínico / DUI: 100809378      edad (años): 45      Peso: 72.8 Kg.      Talla: 1.52 cm

Departamento y municipio de residencia: SS SS Centro      Embarazo Sí  No

Semanas de embarazo: \_\_\_\_\_

**IV. Historia Clínica**

Fecha de detección/consulta: 21/2/25      Diagnóstico del evento: urticaria medicamentosa

Paciente fue hospitalizado: Sí  No       Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ , Fecha de alta \_\_\_\_\_

Indicación de uso del medicamento: Antifímico combinado      Prescrito:  Automedicado:  Otro

Antecedentes Clínicos relevantes: PTC con Dx de TB BK (+)

Exámenes de Laboratorio: \_\_\_\_\_

Reacciones Adversas/Problema relacionado a medicamento (*)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Acción tomada ante la reacción:
<u>RASH</u>	<u>21/7/25</u>	<u>23/7/25</u>	Tratamiento terapéutico <input type="checkbox"/> 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       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
- ¿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
<u>Antifímico 4 DROGAS</u>	<u>5TL - S.</u>	<u>ORAL</u>	<u>27/6/25</u>	<u>21/7/25</u>
Medicamentos concomitantes:				

**Otros datos del medicamento sospechoso**

Nombre Genérico: <u>Antifímico Combinado 4 DROGAS</u>	Concentración: <u>150 - 75 - 400 - 200</u>
Forma Farmacéutica: <u>Tableta</u>	Presentación: <u>Tableta</u>
Nombre Comercial: _____	Registro Sanitario: <u>MH/D2063/RD-31</u>
Laboratorio Fabricante: <u>SWITZERLAND EUROPE B.V.</u>	Lote: <u>SL3617</u> Vencimiento: <u>12/2026</u>

Magdalena Odette Escalante  
 DOCTORA EN MEDICINA  
 J.V.P.M. No. 3910

Firma y sello del referente de FV