



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD
CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

COD. 4-02-0008-01
Imp. CASESO

FORMULARIO DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: José G. Fuentes G. Cédula: 8-1207-506 s. Edad: 7 Sexo: M Peso: 36 kg Alta: 1-25
Signos Vitales: PA 80/40 FC 80 FR 18 TP 35.4 RAM-1687-25

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

☒ Alergias, ¿a qué? Urticaria ☐ Tabaquismo, frecuencia ☐ Renal ☐ GI
☐ Embarazo, semanas ☐ Diabetes ☐ Cardíaco ☐ Piel
☐ Alcohol, frecuencia ☐ HTA ☐ Respiratorio ☐ Neurológico
☐ Drogas, ¿Cuál? ☐ Hepático ☐ Hematológico ☐ Otros: especifique

2. DATOS DEL MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre de la vacuna	Lugar y vía de administración	Número de dosis	Fecha de aplicación	Laboratorio fabricante y país de origen	Lote(s)/ Fecha de expiración	Registro sanitario	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. <u>Influvax</u>	<u>Subcutánea</u>	<u>1</u>	<u>24/4/25</u>	<u>Sanofi Pasteur</u>	<u>U8666 AA</u>	<u>15/1/24</u>	<u>Inmunización</u>
2. <u>G.B.U.U.</u>							

3. SOSPECHA DE EVENTO(S) ADVERSO(S):

Eventos

☐ Reacción alérgica ☐ Lipotimia o flacidez ☒ Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)
☐ Reacción anafiláctica ☐ Neumonía ☐ Irritabilidad
☐ Fiebre ☐ Trombocitopenia ☐ Exantema
☐ Absceso ☐ Episodio de Hipotonía ☐ Otras (especifique):

Fecha de inicio del evento:

Fecha de finalización del evento:

Consecuencia de la reacción

A- Recuperado con secuelas, B- Recuperado sin secuelas, C- En recuperación, D- No recuperado, E-Desconocida F- Mortal.

Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda: C

Considera Usted que los eventos que comunica...

☐ Han puesto en peligro la vida ☐ Han causado defecto o anomalía congénita
☐ Han sido la causa de hospitalización ☐ Han causado la muerte del paciente
☐ Han prolongado la estancia en el hospital ☐ No han causado nada de lo anterior, pero considero que es grave
☐ Han originado incapacidad persistente o grave ☒ No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave

Ameritó tratamiento: Sí ☒ No ☐ En caso afirmativo, especifique:

Analgesico y Antiinflamatorio.

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO:

Recibió medicamentos post-vacunales: ☒ Sí ☐ No

Si su respuesta es Sí, mencionar cuales fueron:

Que tiempo después de recibir la vacuna presentó el evento:

☐ menos de 1 hora ☒ 1 a 12 horas
☐ >12 a 24 horas ☐ más de 24 horas

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA (incluyendo medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terapias alternativas, etc.)

Medicamentos	Dosis, vía y frecuencia de administración	Fecha de inicio (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción

6. OBSERVACIONES (resultados de laboratorio y otros).

Notificador (profesión): Médico ☒ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐

Otros:

Nombre de notificador: Madeline Vargas Registro: 9646

Instalación de Salud: Policlínico San Juan de los Rios

Provincia o región de salud: San Juan, Pinar del Rio

Correo electrónico: madelinevargas@css.gob.pa Teléfono: 646.766912

Firma: [Firma] Fecha de notificación: 26/4/25

Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gob.pa pero luego debe igualmente enviar el formulario original. También puede enviarlo al CIFV-CSS en el Edificio 519 Clayton, segundo piso oficina 51 (tel.: 513-1039 / 513-1081). Recuerde que en lugar de este formulario está disponible la plataforma de notificación en línea, Noti-Facedra (<https://www.notificacentroamerica.net>)

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

RECIBIDO



Por:

Fecha:

25/25 Hora: 3:00

Fundamento Legal: Artículo 71 de la Ley No. 419 de 1 de febrero de 2024, Que regula medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 302 del Decreto Ejecutivo No. 27 de 10 de mayo de 2024.

25/25