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

COD. 4-02-643-17
Imp. CASESO

RAM-1688-25

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Sebastiana Salas Cédula: 9-722-1948 S.S.: ____ Edad: 60 Sexo: F Peso: 51.5 Talla: 1.50 m

Signos Vitales: PA 148/88 FC 61 FR 18 X T° ____

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

☐ Alergias, ¿a qué? Niega	Tabaquismo, frecuencia —	Renal —	GI —
☐ Embarazo, semanas —	Diabetes —	Cardiaco —	Piel —
☐ Alcohol, frecuencia —	HTA ✓	Respiratorio —	Neurológico —
☐ Drogas, ¿Cuál? —	Hepático —	Hematológico —	Otros: especifique —

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

Nombre comercial nombre genérico, concentración y forma farmacéutica	Dosis, vía y frecuencia de administración	Registro sanitario	Lote/ fecha de expiración	Laboratorio fabricante y país de origen	Fecha de inicio	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
1. Amlodipina 5 mg	5mg VO/d	115329	LPT 040021 / 1012027	Fantson Pharma / Guatemala	24/02/25	28/02/25	Hipertensión Arterial
2.							

3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S):

Descripción de la Reacción Adversa	Fechas Inicio	Fechas Final	Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)
Edema de Miembros inferiores	25/02/25	28/02/25	B

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

Considera Usted que las reacciones que comunica...

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

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

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA:

Se produjo la reacción con una sola dosis	Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso	Suspendió el uso del medicamento sospechoso	Readministró el medicamento sospechoso
☐ Sí ☐ No ☑ No sabe ☐ No aplica	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	☑ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica
	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso ☑ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA: (incluye medicina tradicional, medicamentos prescritos, automedicación, terápias alternativas, etc.)

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

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Notificador (profesión): Médico ☑ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐
Otros
Nombre de notificador: Walkiria Caballero Registro: 10018
Instalación de Salud: Hosp. Ezequiel Abadía
Provincia o región de salud: Veraguas
Fecha de notificación: 24/4/25 Teléfono: 62499416
Correo electrónico: wcaballero@css.gob.pa Firma:

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)

Fundamento Legal: Artículo 60 de la Ley No.1 del 10 de enero de 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 277 del Decreto Ejecutivo No.13 de 1 de marzo de 2023.

Dra. Walkiria Caballero
Medicina Interna
Reg. 10018
Hosp. Dr. Ezequiel Abadía-Soná

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
RECIBIDO CIFV
Por: ____
Fecha: 2/5/25 Hora: 3:00

mga 2/5/25