

codep 0325



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

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
COD. 4-02-643-17
IMP. CAES0
RECIBIDO
CIV

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

Fecha: 06/05/2025 Hora: 3:05 pm

1. DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: Maritza Fernández Cédula: 2-100-54855 Edad: 60 Sexo: F Peso: Talla:

Signos Vitales: PA FC FR T° RAM-1690-25

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.
Alergias, ¿a qué? Tabaquismo, frecuencia Renal GI
Embarazo, semanas Diabetes Cardiaco Piel
Alcohol, frecuencia HTA Respiratorio Neurológico
Drogas, ¿Cuál? Hepático Hematológico Otros: especifique

Table with 8 columns: Nombre comercial, 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. Row 1: Codepil, 1 tab. 4/12h, PTO700024, Rankon Panama, 29-1-15, HTA.

3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S):
Descripción de la Reacción Adversa: Taquicardia
Fechas: Inicio 29/04/25, Final
Consecuencias de la reacción: D

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

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

5. OTROS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE UTILIZA:
Table with 4 columns: Medicamentos, Dosis, vía y frecuencia de administración, Fecha de inicio, Fecha de término, Diagnóstico que motiva la prescripción. Includes Risperidone, Mefenamic acid, Ibuprofen, and Insulin Regular.

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).
Notificador (profesión): Médico Farmacéutico Enfermera
Nombre de notificador: Judin Estephan
Instalación de Salud: Dr. Manuel S. Torres
Provincia o región de salud: Coclé
Fecha de notificación: 14-4-2025
Correo electrónico: gabriel@...
Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gob.pa