PUSJ 003

CAJA DE SEGURO SOCIAL

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

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

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

ESAVI - 1694 - 25

1 DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Dino Rodriguez Cédula: 3-717-1812?? Edad: 16a Sexo: M Peso: 48.3 Talla ______

Signos Vitales: PA ______ FC ______ FR ______ T° 37°C

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 ______

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
T DAP	deltoide	1ra dosis	21/04/2025	Sano Fi	[illegible]		Inmunización
VPH	deltoide	1ra dosis	21/04/2025	Merck Sharp and Dohme	[illegible]		Inmunización

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

Eventos

- [x] Reacción alérgica
- [ ] Reacción anafiláctica
- [ ] Fiebre
- [ ] Absceso
- [ ] Lipotimia o flacidez
- [ ] Neumonía
- [ ] Trombocitopenia
- [ ] Episodio de Hipotonía
- [ ] Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)
- [ ] Irritabilidad
- [x] Exantema
- [ ] 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 recuperacion 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 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
- [x] No han causado nada de lo anterior y considero que No es grave

Amerito tratamiento: Sí [x] No [ ] En caso afirmativo, especifique antihistaminico oral e intravenoso clorfeniramina [illegible]

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DEL EVENTO:

Recibio medicamentos post-vacunales: [x] 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	Fecha de término (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Diagnóstico que motiva la prescripción

6. OBSERVACIONES (resultados de laboratorio y otros)

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
RECIBIDO
Por: [signature]
Fecha: 06/04/2025 Hora: 3:12 pm

Notificador (profesion) Medico [ ] Farmacéutico [ ] Enfermera [x]
Otros ______
Nombre de notificador Joelly Rodriguez Registro: 8753
Instalación de Salud Policlinica de Nueva San Juan
Provincia o region de salud Colón
Correo electrónico [illegible]@css.gob.pa Teléfono: 6137-5603
Firma: [signature] 8753 Fecha de notificación: 3/5/2025

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 esta 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.

SERVICIO DE URGENCIAS

Hora de Llegada: 9:05 am

HOJA DE ATENCION

REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS DE SALUD

Nombre: Luis Rodriguez Rodriguez

Edad: 10 [X] Años [ ] Meses [ ] Días

Fecha de Nacimiento: 20-2-15 (d/m/a)

Dirección: Dos Rios

Ocupación:

Cédula: 3-777-1812

S.S. 700

Sexo: [X] M [ ] F

Corregimiento: Buena Vista

Lugar de Trabajo:

[ ] Asegurado [ ] Beneficiario [ ] Pensionado [ ] Sin documentos

Persona responsable: Nelia Rodriguez

Teléfono: 6601-9267

[X] Demanda espontánea [ ] Riesgo Profesional [X] Caso Policivo [ ] Sospecha de Violencia Intrafamiliar

Referido: [ ] Ambulancia [ ] Clínica Privada [ ] Institucional

MEDICO DE TRIAGE

Hora del Triage: ______ a.m. p.m.

Motivo de Consulta:

Signos Vitales: Peso: 46.3 Kgs T° ____ °C FC ____ x min FR ____ x min T/A ____ mm Hg

SatO2: ____ % Glasgow:O: ____ M: ____ Total: ____ Hemoglucotest ____ mg/dl

Código: [ ] Azul [ ] Rojo [ ] Amarillo [ ] Verde [ ] Negro

Tratamiento inicial: [ ] NO [ ] SI (especifique) ______

Responsable:Firma/sello

HISTORIA CLINICA

Hora de atención: 9:40 (a.m.) p.m. Paciente que ha [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Antecedentes Personales Patológicos: [X] No [ ] Diabetes [ ] HTA [ ] IRC

Otros:

Medicamentos:

Antecedentes Quirúrgicos [X] No [ ] Si (especifique)

Alergias a Medicamentos: [X] No [ ] Penicilina [ ] Sulfas [ ] AINES/ASA [ ]

Otras:

Examen Físico dirigido:

RsCsRs [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

[illegible] [illegible] [illegible]

IMPRESION DIAGNOSTICA: [illegible]

INTERCONSULTAS:

Hora de consulta	Especialidad	Horario de Respuestas y Recomendaciones

Observaciones:

DIAGNÓSTICO FINAL:

① [illegible] CIE 10 _____

_____ CIE 10 _____

Prescripción: ① [illegible]

② [illegible]

EGRESO

☑ Egreso a casa con recomendaciones: Horas: 12:30 a.m. p.m. Fecha: 23/04/2025

☐ Traslado. Hora: _____ a.m. p.m. Medio: _____ Destino: _____ Motivo: _____

☐ Hospitalización (Servicio): _____

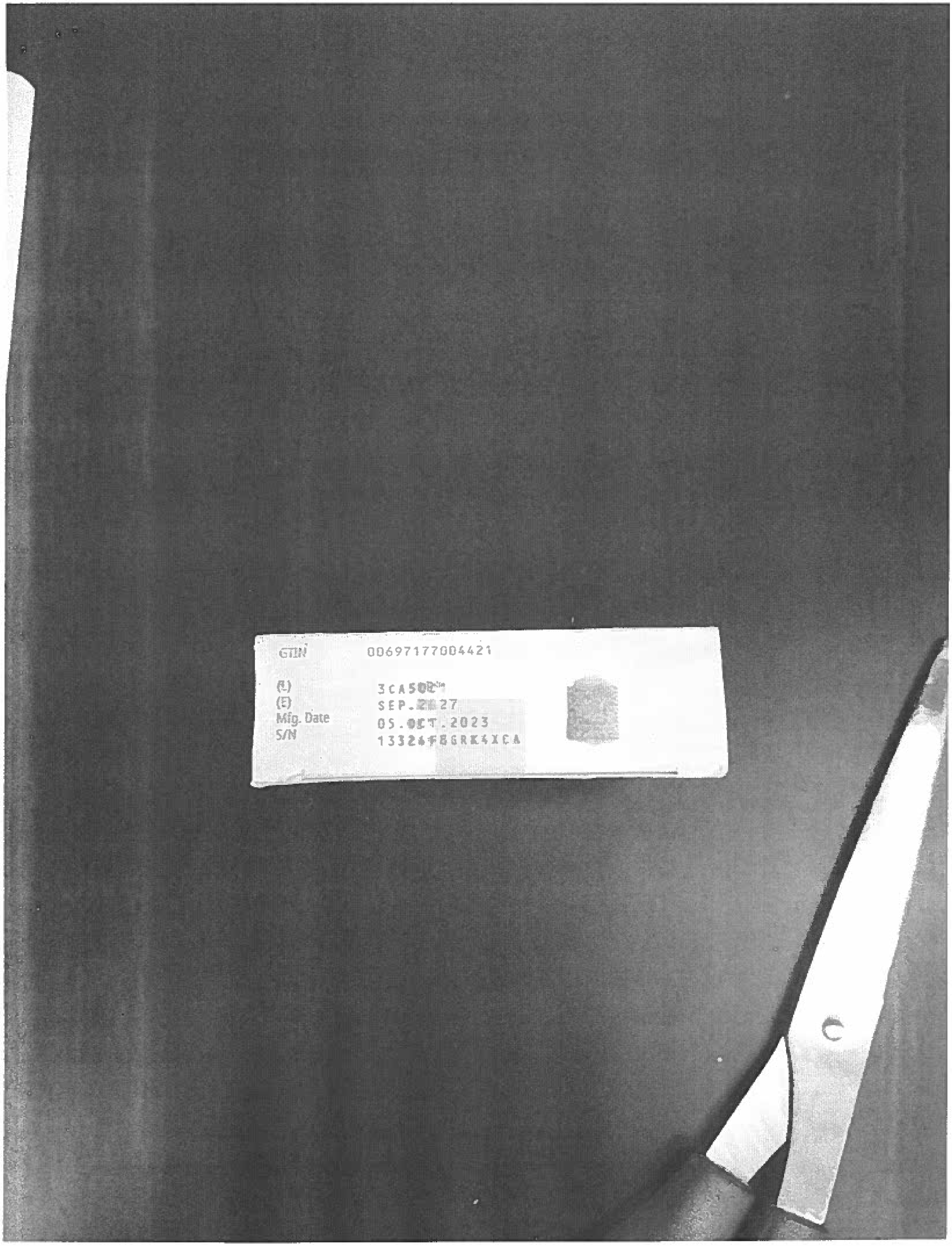
☐ Referido ☐ Riesgo Profesional ☐ Consulta Externa ☐ Violencia ☐ Epidemi

☐ Incapacidad _____ Horas _____ Días

Nombres del Médico	Firma/sello
1.	Dr. José Isaac Hernández MEDICINA GENERAL - URGENCIAS REG. 7855 / COD. 278
2.	

*Marque las casillas (☐) con un gancho

Exp. Date 11-03-2026
Lot no. X015914
Man. date 11-03-2023


GTIN 00697177004421
(L) 3CA5
(E) SEP.
Mfg. Date 05.OCT.2023
S/N 13324F8GRK4XCA