



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

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

Fecha: 13/05/2025 Hora: 9:00

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

PLMMV-008-2025

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: YAMILETH TORRES Cédula: 2-709-1784 S.S.: 2-709-1784 Edad: 43 años Sexo: F Peso: Talla:
Signos Vitales: PA 163/98 FC FR SO2% 99% T° RAM-1698-25
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.

- Alergias, ¿a qué? NO Tabaquismo, frecuencia NO Renal NO GI NO
 Embarazo, semanas NO Diabetes SI Cardíaco NO Piel NO
 Alcohol, frecuencia NO HTA SI Respiratorio NO Neurológico NO
 Drogas, ¿Cuál? NO Hepático NO Hematológico NO Otros: especifique dislipidemia

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. codopril 5mg perindopril	2 TAB V.O. C/DIA		PT0701624 E:11/27	Pantson Pharma PVT LTD India	15/12/24	25/12/24	HTA
2. tabletas							

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

Descripción de la Reacción Adversa	Fechas		Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)
	Inicio	Final	
CEFALEA Y NAUSEAS	15/12/24	25/12/24	A

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 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: COMPRA COVERSYL HASTA CITA CON MEDICO QUE LE HACE CAMBIO A IRBESARTAN 300 MG

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
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica
a partir del segundo día	El acontecimiento mejora al disminuir la dosis	El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica

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

Medicamentos	Dosis, vía y frecuencia de administración	Fecha de inicio	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
INSULINA NPH	16 u sc en am y 24 u sc en pm c/día		CRONICO	
INSULINA REGULAR	4 u sc c/12 horas		CRONICO	
amlodipina 5 mg	2 tab v.o. cada día		CRONICO	

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).

Indapamida 1.5 mg 1 tab v.o. c/d
Gliclazida 80 mg 1 tab v.o. c/d
Levotiroxina 100 mcg 1/2 tab v.o. c/d
Aspirina 75-100 mg c/d

Tiene hemoglobina glicada en 9.3%
Refiere las tomaba con el desayuno al igual que cuando tomaba coversyl.
Médico tratante reporta que no le controlaba la presión

Notificador (profesión): Médico Farmacéutico Enfermera

Otros se llena formulario con médico tratante Dra. Clara Alvarado *

Nombre de notificador: Dra. Fátima Pérez Registro: 8648

Instalación de Salud: Pol. Lic. Manuel María Valdés

Provincia o región de salud: San Miguelito

Fecha de notificación: 09/05/2025

Correo electrónico: fatperez@css.gob.pa

Firma: [Firma] Teléfono: 503-1500

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 CIV-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>)