



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

RAM-1700-25

COD. 4-02 64317
Imp. CAS

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

SJ-RAM-002

1 DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Celia Manzanera Cedula: 8-524-1374 Edad: 58 Sexo: F Peso: 151 lb Altura: 1.56 m
 Signos Vitales: PA: 120/70 FC: 96 FR: 18 T: 37.0 C

Antecedentes de importancia. Marque la que corresponda.

Alergias, ¿a qué? _____ Tabaquismo, frecuencia _____
 Embarazo, semanas _____ Diabetes _____
 Alcohol, frecuencia _____ HTA _____
 Drogas, ¿Cuál? _____ Hepático _____

Renal _____ GI _____
 Cardíaco _____ Piel _____
 Respiratorio _____ Neurológico _____
 Hematológico _____ Otros: especifique _____

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

Nombre comercial nombre genérico.	Dosis, vía y frecuencia de administración	Registro sanitario	Fecha de inicio	Fecha de término
<u>Codiprin 500 tabletas</u>	<u>400 tabs q/d</u>	<u>115328</u>	<u>16/1/2022</u>	<u>10/2022</u>
<u>perindopril argimina</u>	<u>hace</u>		<u>10/2022</u>	

Laboratorio fabricante y país de origen	Fecha de inicio	Fecha de término	Diagnóstico que motiva la prescripción
<u>PATSON Pharma</u>	<u>1/1/2022</u>	<u>continua</u>	<u>hipertensión crónica</u>
<u>India</u>			

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

Descripción de la Reacción Adversa	Fecha	
	Inicio	Final
<u>dolor de cabeza y mareo, imbecia</u>	<u>14/2025</u>	<u>continua</u>

Consecuencias de la reacción. Coloque en imprenta la letra que mejor corresponda (ver abajo)

D

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

¿Considera Usted que las reacciones que comunica...

- Puso en peligro la vida
- Considero la causa de hospitalización
- Prolongado la estancia en el hospital
- Originado incapacidad persistente o grave
- Ha causado defecto o anomalía congénita
- Ha causado la muerte del paciente
- No ha causado nada de lo anterior, pero considero que es grave
- No ha causado nada de lo anterior y considero que No es grave

¿Se recibió tratamiento? Sí No En caso afirmativo, especifique _____

4 ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

¿Continuó la reacción con una dosis?	Disminuyó la dosis del medicamento sospechoso	Interrumpió el uso del medicamento sospechoso	Readministró el medicamento sospechoso
<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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica
	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 type="checkbox"/> No aplica	<input 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 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
<u>ambopirina 5mg</u>	<u>400 tabs q/d</u>	<u>19/3/2015</u>	<u>crónico</u>	<u>hipertensión</u>
<u>Indapamida 2.5</u>	<u>40 tabs q/d</u>	<u>24/5/2022</u>	<u>crónico</u>	<u>hipertensión</u>
<u>rosuvastatina 20mg</u>	<u>2 tabs q/m</u>	<u>11/13/2025</u>	<u>crónico</u>	<u>hipercolesterolemia</u>

6 OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros)

paciente sigue tomando medicamentos espera cita con especialista

Notificador (profesional de salud) Farmacéutico Enfermera
 Otros _____
 Nombre de notificador: Jris Bejarano Registro: 2532
 Instalación de Salud: Policlínica de Nuevo San Juan
 Provincia o región de salud: San José
 Fecha de notificación: 14/1/2025 Teléfono: 6325602
 Correo electrónico: bejarano@ccs.gov.pa Firma: _____
 Puede enviar para más detalles al e-mail: farmacovigilancia@ccs.gov.pa pero luego de enviar el formulario original. También puede enviarlo al CÍV-CSS en el Edificio 519 (Cuarto segundo piso oficina 519-1039 / 513-1081). Recuerde que en lugar de este formulario está disponible la plataforma web: www.civ-css.gov.pa

Fundamento Legal: Artículo 60 de la Ley No. 1 del 10 de enero de 2001 y el artículo 10 de los Decretos Ejecutivos No. 13 del 1 de marzo de 2023.

RECIBIDO CIV

Por: [Firma]
 Fecha: 16/1/25 Hora: 1:50