CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN DE MEDICAMENTOS
CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

COD. 02-643-17
Imp. CASESO

RAM 1715-25

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS
CONFIDENCIAL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN: ______

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: Luis Alberto Morales Cédula: 4-98-382 S.S. 165-6951 Edad: 76 Sexo: M Peso: 220 Talla: 1.62

Signos Vitales: PA ____ FC ____ FR ____ T° ____

Antecedentes de importancia: Marque la que corresponda.

- [ ] Alergias, A qué: ____
- [ ] Tabaquismo, Frecuencia ____
- [x] Renal ____
- [ ] GI ____
- [ ] Embarazo, Semanas ____
- [x] Diabetes ____
- [ ] Cardiaco ____
- [ ] Piel ____
- [ ] Alcohol, Frecuencia ____
- [x] HTA ____
- [ ] Respiratorio ____
- [ ] Neurológico ____
- [ ] Drogas, Cuál ____
- [ ] Hepático ____
- [ ] Hematológico ____
- [ ] Otros: Especifique ____

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

Nombre Comercial Nombre Genérico, Concentración	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	1 tabl cada día		10/27	Parmison Pharma	23/05/25	26/05/25	Hipertensión
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)
- Dolor en lado Izquierdo del pecho y le cortaba la respiración. Tomo el medicamento por 4 días	23/05/2025	26/05/2025	- No mencionó su presión actual - Tenía sentía mucho dolor en el pecho - Duró tres días con los dolores

A- Recuperado sin secuelas, B- Recuperado con secuelas, C-Aún con síntomas, D-Amentó tratamiento, E-Amentó hospitalización o la prolongó, F-Afectó el embarazo, G-Produjo Malformaciones, H-Muerte, I-No sabe J-Otras (especifique)

4. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA

Se produjo la reacción con una sola dosis	Disminuyó la dosis de medicamento sospechoso	Suspendió el uso del medicamento sospechoso	Readministró el medicamento sospechoso
Si ✓ No ___	Si ___ No ✓	Si ✓ No ___	Si ___ No ✓
	Desapareció la reacción al disminuir la dosis Si ___ No ✓	Desapareció la reacción al suspender el uso del medicamento sospechoso Si ✓ No ___	Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso Si ___ No ___

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 (Si el tratamiento es crónico indíquelo)	Fecha de Término	Diagnóstico que motiva la Prescripción
Plenadipril	bid	23 Mayo 25	24 Mayo 25	Angina
Furosemida 40	1 tab c/noche			Edema en los pies

6. Observaciones (Datos de Laboratorio y Otros)

Laboratorio Partson Pharma PVT. LTD. India
Lote: PT0701124

Notificador (Profesión) Médico [x] Farmacéutico [ ] Enfermera [ ]
Otros ____
Requiere Usted los resultados de la evaluación: Si ___ No ___
Nombre del Notificador: ____ Registro ____
Instalación de Salud: ____
Provincia o Región: ____ Tel./Fax: ____
Firma: ____

Puede llamar al Tel.: 513-1030 o enviar por fax (513-1045) para iniciar los trámites o al E-mail: farmacovigilancia@css.org.pa También puede enviarlo al edificio 519 Clayton, segundo piso oficina 56. Nota: se deberá enviar el formulario original, si lo envía por fax o e-mail.

Fundamento Ley: Artículo 60 de la Ley No 1 del 10 de enero del 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana. Artículo 11 del Decreto Ejecutivo 105 del 15 de abril del 2003. (Tanto para reacciones adversas como para fallas).

Dr. ... Medicina General

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
RECIBIDO
C.I.FV.
Por: ____
Fecha: 3/6/25 Hora: 8:00 am