

RAM-1706-28



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

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

FORMULARIO DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
CONFIDENCIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: Odila Quintero Cédula: 4-100-64 S.S.: Edad: 74 Sexo: F Peso: 56 Talla: 152
Signos Vitales: PA 140/80 FC 80 FR 16 T° 37

Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.
Alergias, ¿a qué? Tabaquismo, frecuencia Renal GI
Embarazo, semanas Diabetes Cardíaco Intarato antiguo Piel
Alcohol, frecuencia HTA SI 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: Perindopril 5mg, 10mg/dia, 115328, 11/2027, PANION W, 01-Marzo, 14-5-25, HTA.

3. SOSPECHA DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S):
Descripción de la Reacción Adversa: Mareo, disnea de esfuerzo
Fecha Inicio: 01 MARZO 2025, Fecha Final: 02 MARZO 2025
Consecuencias de la reacción: C -> al dejar de tomar le mejor y ya no tiene disnea.

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. Rows: indapamida, ASA infantil.

6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).
Notificador (profesión): Médico [X] Farmacéutico [] Enfermera []
Nombre de notificador: Dr. Efraim Ramos, Registro: 3469
Instalación de Salud: UIRS máxima Herrerera
Provincia o región de salud: Panamá, metro
Fecha de notificación: 15-5-2025
Correo electrónico: efraramos@hotmail.com
Firma: [Signature]

RECIBIDO stamp and logo of the Center for Institutional Pharmacovigilance.