

RAM-1707-25



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: <u>Richard Alemán</u>		Cédula: <u>8-118-393</u>		Edad: <u>80</u>		Sexo: <u>M</u>	
Signos Vitales: PA <u>160/100</u>		FC <u>80</u>		FR <u>16</u>		T° <u>37</u>	
Antecedentes de importancia: marque la que corresponda.							
☐ Alergias, ¿a qué?	☐ Tabaquismo, frecuencia	☐ Renal	☐ GI				
☐ Embarazo, semanas	☐ Diabetes <u>de tipo 2</u>	☐ Cardíaco	☐ Piel				
☐ Alcohol, frecuencia	☐ HTA <u>estadio 2</u>	☐ Respiratorio	☐ Neurológico				
☐ Drogas, ¿Cuál?	☐ Hepático	☐ Hematológico	☐ Otros: especifique				
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. <u>CODOPRIL</u>	<u>2 tab/día</u>	<u>115528</u>	<u>11/2027</u>	<u>WANTSONAR</u>	<u>03/15</u>	<u>15/04/24</u>	<u>HTA-2</u>
2. <u>Prindopril</u>			<u>DT100624</u>	<u>India</u>			
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)			
<u>Defiere cefalea, mareo</u>		Inicio Final		<u>aumento de la PA = 186/94</u>			
<u>malestar gen. y que lo</u>		<u>Marzo 2024</u>					
<u>PANo bajó 160/100</u>							
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: <u>cambio a coversil 2/día con mejoría</u>							
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	
☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica		☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica		☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica		☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica	
El acontecimiento mejora al disminuir la dosis		El acontecimiento mejora al suspender el uso del medicamento sospechoso		El acontecimiento mejora al readministrarse el medicamento sospechoso		Reapareció la reacción al readministrarse el medicamento sospechoso	
☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica		☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica		☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ No aplica		☐ Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ 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>lidopamida</u>	<u>1x1</u>	<u>crónico</u>	<u>crónico</u>	<u>HTA-2</u>			
<u>amlodipina</u>	<u>1x2</u>	<u>crónico</u>	<u>crónico</u>	<u>HTA-2</u>			
<u>metformina</u>	<u>1x1</u>	<u>crónico</u>	<u>crónico</u>	<u>DM-2</u>			
6. OBSERVACIONES (Datos de Laboratorio y Otros).							
Notificador (profesión): ☒ Médico ☐ Farmacéutico ☐ Enfermera ☐		Otros: <u>Dr. Edwin Ramo</u>					
Nombre de notificador: <u>Dr. Edwin Ramo</u>		Registro: <u>3469</u>					
Instalación de Salud: <u>CIFV Maximiliano Herrera</u>		Provincia o región de salud: <u>Dominicana</u>					
Fecha de notificación: <u>16 mayo 2025</u>		Teléfono: <u>503 4414</u>					
Correo electrónico: <u>efaram@hotmail.com</u>		Firma: <u>[Firma]</u>					
Puede enviar para iniciar los trámites al e-mail: farmacovigilancia@css.gov.do 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 está 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 27 del Decreto Ejecutivo No.13 de 1 de marzo de 2023.

CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

RECIBIDO



Firma:

Hora:

MAXIMO HERRERA B.